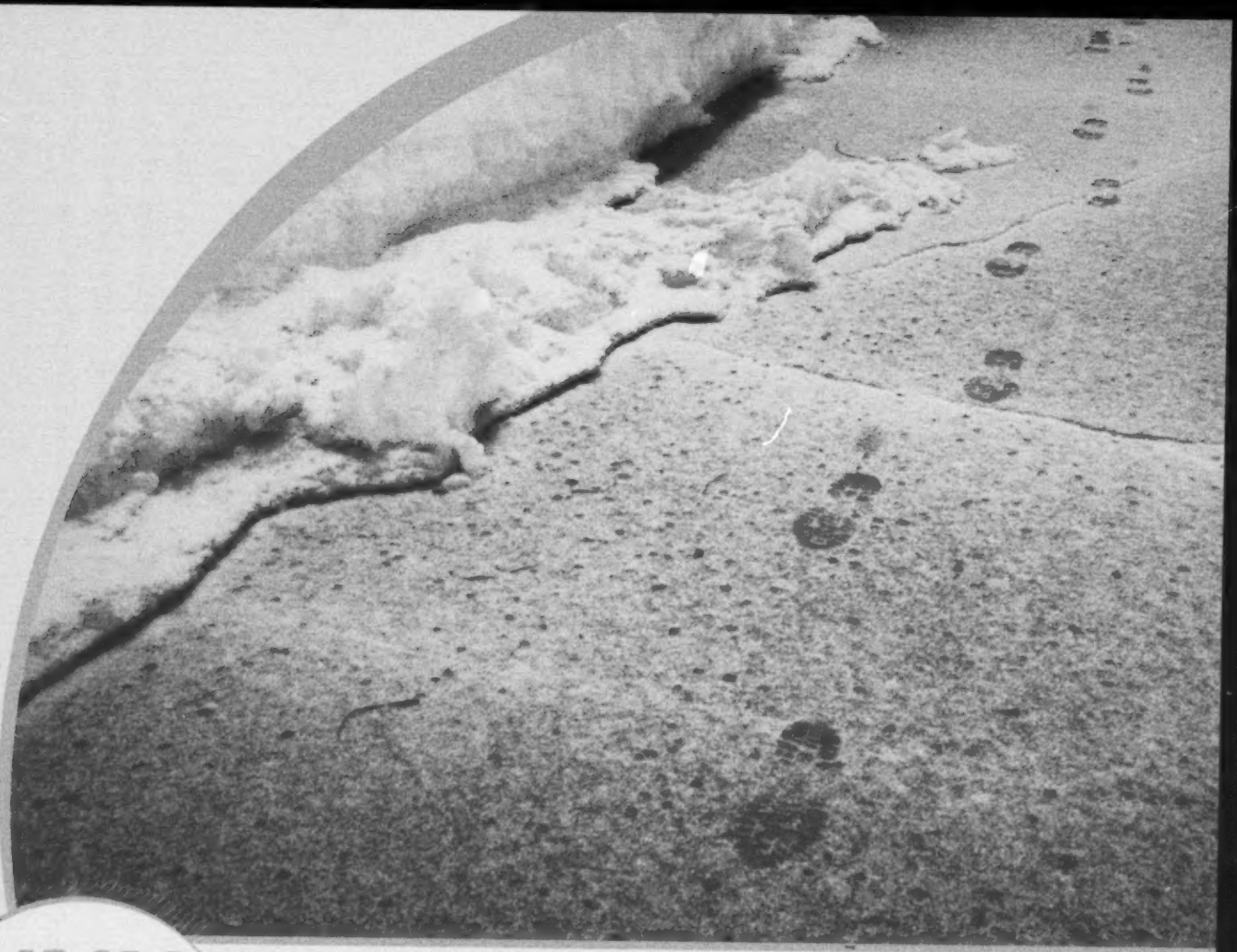


UNIS dans TOUS les SENS

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour S'ALIMENTER

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Québec

RAPPORT
ANNUEL DE GESTION
2014-2015

Conception
Pop grenade

Coordination et adaptation des textes
Christiane Lemaire

Contribution
Nous tenons à remercier le personnel des différentes directions de l'Agence qui a contribué à la production de ce document.

Correction et secrétariat
Odile Raiche
Diane Chiasson

Dépôt légal – 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN version imprimée : **978-2-89340-339-7**
ISBN version PDF : **978-2-89340-340-3**

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet
WWW.CIUSSSMCQ.CA

INTRODUCTION

Chaque année, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit informer la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec et rendre compte à l'Assemblée nationale du degré d'atteinte des résultats en lien avec les objectifs prévus au plan stratégique et à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le rapport annuel de gestion vise ainsi à présenter l'information relative à l'atteinte des résultats quant à l'accessibilité aux services, à la qualité des services et à l'ajustement aux transformations.

Le lecteur retrouvera donc dans ce document :

- un portrait du territoire et du réseau régional de la santé et des services sociaux;
- une présentation des résultats significatifs atteints en cours d'exercice au regard de certaines responsabilités portées par l'Agence;
- une description des résultats obtenus en 2014-2015 relativement aux dossiers prioritaires de l'Agence et du réseau régional, suivant les objectifs poursuivis dans le cadre de la mise en œuvre du Plan stratégique 2010-2015;
- une synthèse des états financiers de l'Agence, un état de l'évolution de la situation financière du réseau et de la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires;
- la reddition de comptes relative à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue entre l'Agence et le MSSS en 2014-2015.

En somme, le rapport annuel de gestion de l'Agence vise à répondre aux exigences des articles 340, 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) en présentant les informations requises par la Loi ou par le ministre.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES 7

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CIUSSS MCQ 9

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 11

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 13

SECTION 1 : PORTRAIT DU TERRITOIRE ET DE L'AGENCE 15

LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 15
Le territoire et la population de la région 15
Les caractéristiques socioéconomiques 16
Les habitudes de vie et les facteurs de risque 17
Les problèmes de santé 17
Les problèmes de santé mentale 18
L'espérance de vie et la mortalité 18
Le réseau régional de la santé et des services sociaux 20

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 26
La mission 26
L'organisation 26
Le conseil d'administration 31
Les instances consultatives au conseil d'administration 35
Les instances consultatives à la Présidence-direction générale 38
La qualité et la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux 41
Les services préhospitaliers d'urgence 45
La santé publique 46
La coordination intersectorielle 52
Les mécanismes d'information et de consultation de la population 56

SECTION 2 : PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2013-2015 : ÉTAT D'AVANCEMENT 57

1er ENJEU : ACTION CONCERTÉE SUR LES DÉTERMINANTS ET RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE 57
Responsabilité populationnelle 57

2e ENJEU : ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET HIÉRARCHISATION DES SERVICES 58
Accès aux services médicaux de première ligne 58
Accès aux services diagnostiques et médicaux spécialisés 60
Intégration de la promotion-prévention dans le continuum de services 61
Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services 61

3e ENJEU : QUALITÉ ET EFFICIENCE DES SERVICES À LA POPULATION 68
Intégration et circulation d'information clinique et de gestion 68
Gestion des risques 69
Évaluation de la performance du réseau 69

4e ENJEU : GESTION RENOUVELÉE DES RESSOURCES HUMAINES 70
Planification de la main-d'œuvre 70

SECTION 3 : LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES 73

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 73
La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires 73
L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires 76
Les données financières des organismes communautaires 77

LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU 87
Les autorisations d'emprunt accordées aux établissements 87
Les données financières des établissements 89

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 90
Le rapport de la direction 90
Le rapport des vérificateurs sur les états financiers condensés 91
Les états financiers 93
Les contrats de services comportant une dépense de 25 000 $ ou plus 115

SECTION 4 : LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2014-2015 117

ANNEXE A : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 145

LISTE DES ACRONYMES

AC	Agrément Canada
BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
CCS	Centre de communication santé
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et des infirmiers
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
COPIN	Comité de planification et d'intervention
CQA	Conseil québécois d'agrément
CRDG	Comité régional des directeurs généraux
CRDITED MCQ – IU	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – institut universitaire
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
DCIR	Dossier clinique informatisé régional
DI-TSA	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier Santé Québec
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
ETC	Équivalent temps complet
GACO	Guichet d'accès pour les clientèles orphelines
GMF	Groupe de médecine de famille
GVSS	Groupe Vigilance pour la sécurité des soins
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultants
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IOS	Intervention orientée sur les solutions
IPEC	Intervention post-événement critique
IPS-SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRM	Imagerie par résonance magnétique

JASP	Journées annuelles de santé publique
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MCDC	Megantic English-Speaking Community Development Corporation
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
PARSP	Plan d'action régional en santé publique
PASM	Plan d'action en santé mentale
PDC	Processus de domination conjugale
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PIN	Programme en négligence
PMSD	Pour une maternité sans danger
PNSP	Programme national de santé publique
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSFTT	Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie
PSRRI	Plan stratégique régional des ressources informationnelles
RAC	Ressource d'assistance continue
RI	Ressource intermédiaire
RI	Ressource informationnelle
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Ressource de type familial
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SDA	Supervision des droits d'accès
SIAF	Services intégrés pour adolescents et leurs familles
SI-PMI	Système d'information en protection des maladies infectieuses
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SPLI	Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance
TCA	Trouble des comportements alimentaires
TGC	Trouble grave du comportement
TIR-SHV	Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
TROC	Table régionale des organismes communautaires
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CIUSSS MCQ

À titre de président-directeur général du nouveau Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), je désire souligner l'excellent travail de gestion et de collaboration réalisé par les dirigeants des douze établissements de la région et de l'Agence. Je tiens à remercier chaleureusement les membres bénévoles des conseils d'administration dont l'engagement soutenu au fil des ans a permis d'assurer une gouvernance de qualité nous permettant aujourd'hui de compter sur un réseau en santé.

Vous trouverez, dans ce dernier rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, un portrait très intéressant de leurs principales réalisations pour l'année 2014-2015 et je vous invite à en prendre connaissance avec attention.

Je profite de cette publication pour remercier également tous les directeurs généraux et leurs équipes de direction, les gestionnaires, les médecins, les bénévoles, les organismes communautaires et les partenaires du réseau pour les efforts consacrés au mieux-être des citoyens de la région. Je tiens à transmettre ma reconnaissance à tous les employés pour leur engagement et leur professionnalisme dans les services et les soins offerts à la population. Votre contribution à la vitalité du réseau de la santé et des services sociaux est méritoire.

Le 7 février dernier, l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a profondément modifié l'organisation du réseau régional. Afin d'assurer le succès de la mise en place de notre nouvel établissement, nous avons retenu les valeurs qui faisaient consensus au sein des différentes organisations de la région comme fondement de notre action. C'est sur cette base que nous mettrons en œuvre notre vision, soit de *créer, par un leadership collectif, un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.*

Encore merci à tous et poursuivons notre collaboration active dans le nouveau CIUSSS!

Martin Beaumont
Président-directeur général

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le 7 février dernier, l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a mis fin à l'existence de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Créée en janvier 2004, l'Agence voit donc sa mission prendre fin après dix années d'efforts de coordination régionale qui ont porté ses fruits.

En effet, notre performance et notre dynamisme sont reconnus, et ce, grâce à un leadership régional basé sur une philosophie de collaboration avec les acteurs du réseau. La préoccupation de la qualité et de l'équité dans les soins et les services offerts à la population a toujours été au cœur de nos efforts. Grâce à son esprit rassembleur, l'Agence peut être fière de ses actions et des résultats significatifs obtenus dans plusieurs dossiers importants.

Il est vrai que les actions de l'Agence ont été rarement mises à l'avant-plan, puisqu'il s'agit davantage d'un travail de coulisse, mais des projets porteurs en ont découlé pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Qu'il suffise de mentionner la vision régionale dans le dossier de l'imagerie médicale, l'exemple d'intégration transversale et intersectorielle en sécurité civile ou encore le modèle de coordination intersectorielle en itinérance, ce projet ayant fait ses preuves et ayant été étendu à la grandeur du Québec. Le leadership de l'Agence a été déterminant dans ces trois dossiers, parmi plusieurs autres qu'il serait trop long à énumérer ici. Elle lègue un héritage en bonne santé, qu'il faut préserver. Afin de maintenir les acquis et la cohérence du réseau régional, l'Agence souhaite que ces façons de faire demeurent au centre de la gouvernance du CIUSSS MCQ.

La participation des divers partenaires aux réflexions pour améliorer l'organisation et l'intégration des services a contribué à faire de notre région une référence en santé et services sociaux. Grâce à tous, nous avons été « Unis dans tous les sens »!

Le réseau n'est pas à un défi près! Déjà en 2005, l'exercice d'une nouvelle gouverne au palier local s'est traduit par une forte mobilisation des différents acteurs dans les huit réseaux locaux de services (RLS). C'était un mouvement irréversible d'un profond changement de culture. Encore une fois, une nouvelle réorganisation nous interpelle en 2015 et c'est dans un esprit

constructif que nous nous apprêtons à la vivre. Ce dernier rapport annuel se veut à l'image de notre organisation et c'est avec fierté que nous vous présentons les faits saillants de l'année 2014-2015.

Nous profitons de cette occasion pour remercier chaleureusement tous les dirigeants des établissements avec qui l'Agence a entretenu des liens forts au cours de ces années. Un merci spécial aux membres du conseil d'administration pour les nombreuses heures consacrées à l'étude des dossiers et aux instances consultatives qui sont abolies, soit la Commission infirmière régionale et la Commission multidisciplinaire régionale; ce fut un plaisir de côtoyer des gens de cœur et dévoués dans ce travail d'administrateur ou de représentant de leur milieu. Enfin, nous réitérons toute notre reconnaissance aux employés de l'Agence pour leur engagement et leur professionnalisme, et leur intégration au CIUSSS MCQ demeurera un atout pour les services à la population de la région.

En terminant, notre espoir le plus cher est que le nouveau CIUSSS MCQ poursuive sa destinée sur le chemin de collaboration que nous avons tracé avec tous nos partenaires du réseau régional de la santé et des services sociaux.

MERCI À TOUS ET BONNE CONTINUITÉ AU CIUSSS!

Julie Beaulieu
Présidente du conseil d'administration

Gaétan Lamy
Président-directeur général

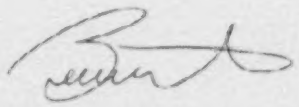
« DES TRACES QU'ON SUIT ENCORE,
AVEC UNE BRÈCHE DE NOSTALGIE DANS LE CŒUR »
FRED PELLERIN

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

L'information et les résultats présentés dans le Rapport annuel de gestion 2014-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information contenue dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.



Martin Beaumont
Président-directeur général

PORTRAIT
DU TERRITOIRE ET DE L'AGENCE

Section 1

LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

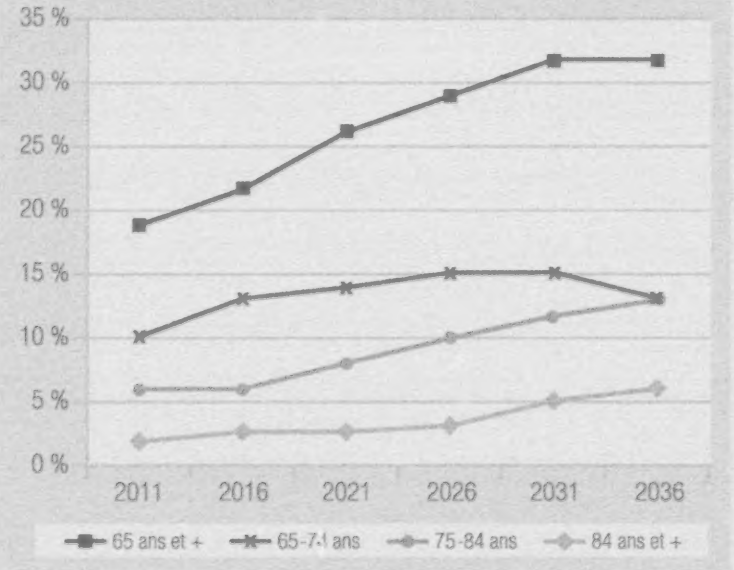
LE TERRITOIRE ET LA POPULATION DE LA RÉGION

- Vaste territoire de près de 45 000 km^2.
- La cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec.
- La population estimée pour l'année 2014 est de 507 967 personnes :

  Sur ce nombre, 17 % ont moins de 18 ans, 62 % ont entre 18 et 64 ans et 21 % sont âgées de 65 ans et plus. Ce dernier pourcentage est supérieur à celui du Québec (17 %).

  Une population de personnes âgées appelée à augmenter de 66 % d'ici 2036 pour passer de 105 271 à 175 258 individus. Les personnes âgées représenteront alors 32 % de la population régionale (26 % pour le Québec).

Évolution entre 2011 et 2036 de la proportion de personnes âgées selon certaines catégories d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec



Source : MSSS, Estimations et projections de population comparables, mars 2015

- La population d'identité autochtone représente environ 2 % de la population totale (environ 8 600 individus). Bien que deux des quatre réserves amérindiennes sont situées au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice. Elle représente environ 28 % de l'ensemble de la population de ce RLS.

- Environ 1 % de la population est de langue maternelle anglaise. Plus de la moitié de cette population réside dans le territoire de la MRC Drummond et dans la région de Trois-Rivières.

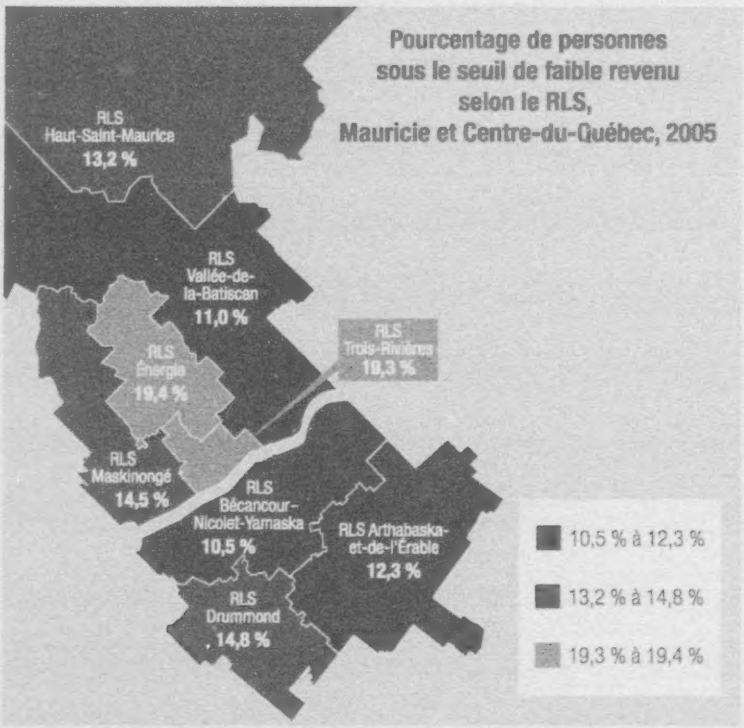
- La population de langue maternelle autre que française ou anglaise représente 2 % dans la région.

LES CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES[1]

- On constate une amélioration marquée du niveau de scolarité entre 1996 et 2011. La proportion de personnes ayant un diplôme d'études secondaires chez les 25-64 ans est passée de 68 % à 82 % au cours de cette période, mais demeure inférieure au Québec (85 %). La proportion de la population détenant un diplôme universitaire a augmenté de 10 % à 14 %, mais demeure inférieure à celle du Québec (23 %). Ainsi, la région reste davantage sous-scolarisée que la province.

- La proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu est inférieure à celle du Québec (15,6 % contre 17,2 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent avec ce niveau de revenu (18,7 % contre 15,6 %).

- Le taux d'emploi reste moins élevé que pour l'ensemble du Québec (56 % contre 60 %).



Source: Statistique Canada, Recensement 2006

[1] *Les informations sur le seuil de faible revenu proviennent du recensement de 2006, l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 a privilégié la mesure de faible revenu (MFR) plutôt que le seuil de faible revenu (SFR). Nous ne disposons pas de la mesure du seuil de faible revenu pour 2010.*

LES HABITUDES DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE

- On constate une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (18 % des 18 ans et plus en 2008 contre 7 % en 1987). La proportion de personnes obèses est comparable chez les hommes et les femmes (20 % et 18 %). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'embonpoint (44 % contre 27 %).

- En 2011-2012, 60 % des hommes et 44 % des femmes de 12 ans et plus ne mangeaient pas le minimum recommandé de cinq portions de fruits et légumes par jour.

- Au chapitre de l'activité physique de loisir chez les adultes de 18 ans et plus, en 2011-2012, on comptait 40 % d'actifs, 20 % de moyennement actifs, 18 % de peu actifs et 22 % de sédentaires. Chez les jeunes de 12 à 17 ans, 42 % sont actifs et 26 % moyennement actifs et 32 % sédentaires.

- 21 % des personnes de 12 ans et plus de la région sont des fumeurs actuels, ce qui se compare à la moyenne québécoise. Cette proportion est moindre qu'en 2000-2001 (31 %).

- En 2008, moins de femmes de la région ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années : 67 % contre 73 % des Québécoises.

- En 2008, 12 % de la population de 15 ans et plus avait consommé de la drogue au cours des douze derniers mois. Les hommes ont consommé de la drogue dans une proportion deux fois plus grande que les femmes (16 % contre 8 %).

LES PROBLÈMES DE SANTÉ

- Une population de 15 ans et plus qui, en 2008, se considérait à 54 % en excellente ou en très bonne santé.

- La région comptait, en 2012-2013, 39 070 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 10 % de la population de ce groupe d'âge. En contrôlant pour l'âge, la prévalence ajustée est légèrement inférieure à celle du Québec.

- Près de 26 % de la population de 20 ans et plus présentait une hypertension diagnostiquée en 2012-2013. La prévalence ajustée pour l'âge est inférieure à celle du Québec.

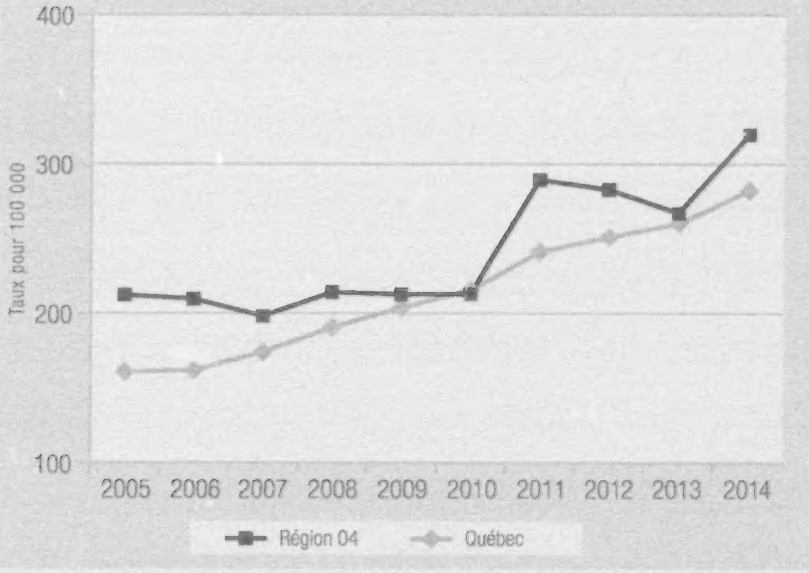
- Avec un taux d'hospitalisation de 140 pour 10 000 personnes, les maladies de l'appareil circulatoire représentent la première cause d'hospitalisation pour la période allant de 2011 à 2014. Elles sont suivies des maladies de l'appareil respiratoire (104 pour 10 000), des maladies de l'appareil digestif (88 pour 10 000), des traumatismes et empoisonnements (84 pour 10 000) et des tumeurs (79 pour 10 000).

- Les principales causes d'hospitalisation diffèrent peu selon le sexe, sauf pour les maladies cardiovasculaires où les hommes ont un taux ajusté d'hospitalisation de 152 pour 10 000 contre un taux de 87 pour 10 000 chez les femmes.

- Parmi les autres problèmes, les allergies non alimentaires constituent le premier problème de santé rapporté (19 % des 12 ans et plus), mais en proportion moindre qu'au Québec. Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (16 %), les problèmes d'arthrite ou d'arthrose (15 %).

- De façon générale, la région affiche une incidence pour la chlamydiose génitale plus élevée que pour le Québec. En 2014, cette valeur s'élève à 322 pour 100 000 contre 282 pour 100 000 pour le Québec.

Taux d'incidence (par 100 000 personnes-année) de la chlamydiose génitale, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 2005 à 2014



Source : Fichier MADO, 2005 à 2014

LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

- Une proportion de 74 % des personnes de 12 ans et plus déclarent avoir une excellente ou une très bonne santé mentale. Cette valeur est comparable au Québec.
- En 2011-2012, 7 % des 12 ans et plus présentent des troubles d'anxiété diagnostiqués et 4,9 % des troubles de l'humeur. Ces problèmes coexistent souvent chez la même personne.
- Environ 95 % des gens de la région sont satisfaits de leur vie sociale. Cette proportion est supérieure à celle du Québec (93 %).
- En 2008, 20 % de la population de la région se retrouve avec un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Davantage de femmes que d'hommes ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (25 % contre 16 %).
- Dans la région en 2008, la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, sans toutefois avoir fait une tentative de suicide, se situe à 1,7 %; la valeur québécoise est de 2,3 %.

L'ESPÉRANCE DE VIE ET LA MORTALITÉ

- L'espérance de vie a augmenté de 7 ans chez les hommes et de 3,4 ans chez les femmes entre 1982-1984 et 2009-2011, pour atteindre respectivement les valeurs de 78,7 ans et de 83,4 ans. Les hommes de la région conservent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.

- L'espérance de vie dans la région est soumise comme ailleurs à la défavorisation sociale et matérielle. Les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celle des hommes des communautés plus favorisées. Au Québec, cet écart se creuse.

- On constate une diminution marquée (près de la moitié) du taux de mortalité infantile au cours des 25 dernières années pour passer de 8,0 décès pour 1 000 naissances à 4,8 décès pour 1 000 naissances de nos jours.

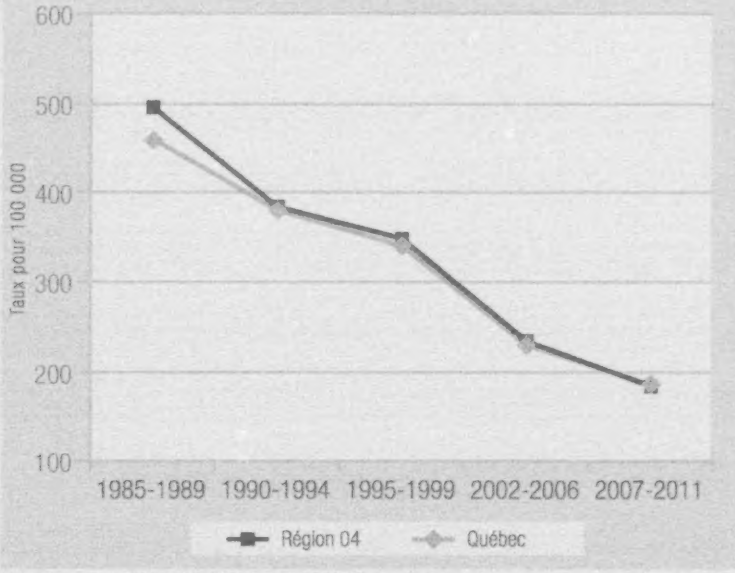
- Les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire demeurent, avec respectivement 32 % et 25 % des décès, les deux principales causes de mortalité entre 2007 et 2011. On observe ainsi :

  - Une décroissance de la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire, à l'instar du Québec. Le taux ajusté est passé de 496 à 195 décès pour 100 000 personnes depuis la fin des années 1980.

  - Une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer, chez les hommes, de la fin des années 1980 à 2007-2011, mais une stagnation du taux pour les femmes de la région, comparativement à une légère diminution en fin de période pour l'ensemble des femmes du Québec.

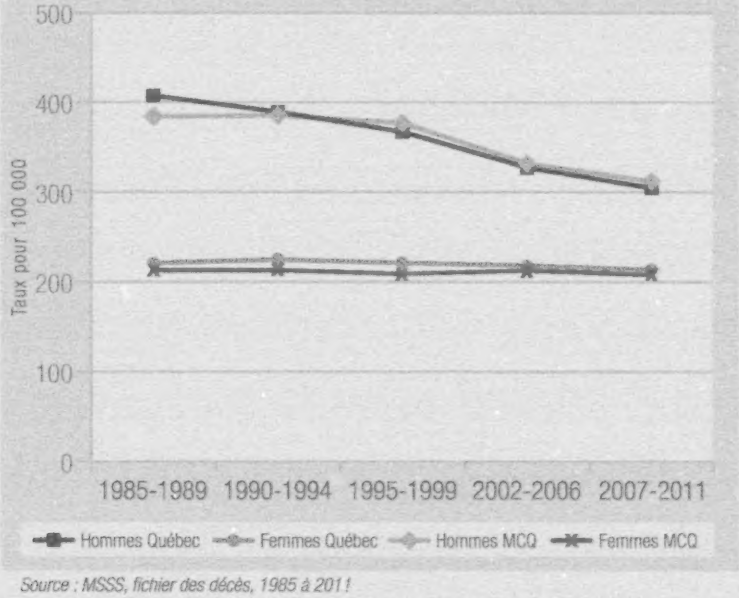
  - Les cancers entraînant le plus de décès chez les hommes sont, en importance : le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer colorectal et du cancer du sein.

Taux ajustés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire par 100 000 personnes, Mauricie et Centre du Québec et Québec, 1985-1989 à 2007-2011



Source : MSSS, fichier des décès, 1985 à 2011

Taux ajustés de mortalité par cancer par 100 000 personnes selon le sexe, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1985-1989 à 2007-2011



Source : MSSS, fichier des décès, 1985 à 2011

- Le taux de mortalité par suicide demeure supérieur à celui du Québec bien que, à l'instar de la situation québécoise, où on constate un certain fléchissement, il commence à diminuer (de 24 pour 100 000 en 1995-1999 à 19 pour 100 000 en 2006-2010). Le taux chez les hommes reste nettement supérieur au taux chez les femmes (29 pour 100 000 contre 9 pour 100 000 pour les femmes).

- Le taux de mortalité par traumatisme non intentionnel est plus important dans la région que dans l'ensemble du Québec (35 contre 27 pour 100 000 pour 2007-2011), surtout chez les hommes. Les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

LE RÉSEAU RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Au 31 mars 2015, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec était constitué de 14 établissements, dont 8 centres de santé et de services sociaux (CSSS).

LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Responsabilités	CSSS
Mission de type CLSC et CHSLD	Tous
Mission CH	CSSS du Haut-Saint-Maurice, de l'Énergie, de Trois-Rivières, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Urgence mineure et unité de courte durée gériatrique	CSSS de Maskinongé, de Trois-Rivières et de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Mandat régional en santé mentale	CSSS de l'Énergie
Mandataire régional Info-Santé/Info-Social	CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska

LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE TROIS-RIVIÈRES – CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE RÉGIONAL

Le CSSS de Trois-Rivières est l'un des plus importants établissements de santé au Québec. Le savoir-faire de son équipe, qui compte 4 800 employés, 420 médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que 370 bénévoles, permet d'offrir des soins et services de première ligne (CLSC), d'hébergement de longue durée (CHSLD) et hospitaliers (CH) auprès de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, tant au niveau local que régional. Son Centre hospitalier affilié universitaire régional participe activement à la formation médicale de près de 200 étudiants du Campus de l'Université de Montréal en Mauricie.

Le Centre hospitalier affilié universitaire régional du CSSS de Trois-Rivières compte plus de 30 spécialités et est reconnu comme le centre de référence régional en traumatologie/neurochirurgie, en néphrologie, en cancérologie, en pédiatrie-néonatologie, en infectiologie, en procréation médicalement assistée et en gestion de la douleur chronique en consortium avec le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) InterVal.

LES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS À VOCATION RÉGIONALE

La région compte quatre centres de réadaptation qui sont : le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le CRDP InterVal, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU) et le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec.

LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Deux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés s'ajoutent au réseau d'établissements publics. Ce sont le Foyer Sts-Anges de Ham-Nord inc. et le CHSLD Vigi Les Chutes à Shawinigan.

LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

La région est toujours reconnue comme ayant des besoins prioritaires en termes d'effectifs médicaux en omnipratique avec 88,1 % d'atteinte de ses besoins. On note cependant que les efforts de recrutement portent ses fruits, la région se situant dorénavant au centre du peloton face aux autres régions du Québec à ce chapitre.

Dans le cadre des mesures incitatives, l'Agence a obtenu cinq nouveaux forfaits d'accessibilité pour favoriser l'installation de médecins en milieu rural dans la région. Cinq médecins omnipraticiens s'en sont prévalus.

Effectifs médicaux en omnipratique en équivalent temps complet (ETC)	2014-2015	2013-2014
Médecins en place (ETC)	516	504
Besoins normalisés (ETC)	578	572
Écart selon les besoins (ETC)	62	68
% d'atteinte du plan d'effectifs médicaux de la région	88,1 %	88,1 %
% d'atteinte du plan d'effectifs médicaux du Québec	89,2 %	89,4 %

En 2014-2015, 26 nouveaux médecins ont obtenu des avis de conformité pour pratiquer dans notre région. Le ministre en avait autorisé 25, plus 1 recrutement supplémentaire pour un médecin ayant plus de 20 ans de pratique. Malgré l'arrivée de ces nouveaux médecins, la région ne réussit pas à combler l'écart pour ses besoins reconnus à 578 médecins omnipraticiens. Huit médecins ont quitté la région en cours d'année.

Plan d'effectifs en omnipratique (nombre d'individus)	2014-2015		2013-2014	
Objectifs de croissance	25	1 PEMU	24	2 PEMU
Recrutement (avis de conformité)	26	1 PEMU	24	2 PEMU
Départ	8		4	
Ajout net	17		21	

LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ

Note : Le Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité, mis en place en 2011 et couvrant la période 2011 à 2015, se terminera le 30 novembre 2015. Annuellement, la période couverte par le plan débute au 1er décembre d'une année pour se terminer le 30 novembre de l'année suivante. Les résultats de mars 2015 seront donc comparés au plan couvrant la période du 1er décembre 2014 au 30 novembre 2015.

La région comptait 406 postes octroyés à des médecins spécialistes en avril 2014 et ce nombre a augmenté à 418 en mars 2015. Parmi les postes octroyés, 21 appartiennent à des médecins qui les occuperont ultérieurement au 31 mars 2015.

Sur les 34 spécialités offertes dans les établissements de la région, quatre demeurent préoccupantes en termes de taux d'atteinte des plans autorisés : la dermatologie (40 % d'atteinte), la pédiatrie (40 % d'atteinte au CSSS Drummond), la psychiatrie, particulièrement au CSSS de Trois-Rivières (60 % d'atteinte). La situation en pédopsychiatrie continue d'être préoccupante avec 50 % d'atteinte. Il manque quatre pédopsychiatres : un au CSSS de Trois-Rivières, un au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et un au CSSS Drummond sur des plans d'effectifs médicaux autorisés de deux postes chacun.

Le PREM en spécialité est passé de 441 postes en 2013-2014 à 457 en 2014-2015. Le taux d'atteinte ne peut donc se comparer à celui de l'année antérieure puisqu'il est calculé sur une base progressive. En 2013-2014, il est de 91 % pour l'ensemble des spécialités. Pour les spécialités de base, le taux d'atteinte est de 93 % tandis que pour les spécialités régionales, il est de 87 %. Au cours de l'année 2014-2015, 45 recrutements ont été réalisés par les établissements tandis que l'on a observé trois départs vers d'autres régions et trois à la retraite. Le recrutement net a été de 39 médecins spécialistes. Parmi les médecins recrutés, certains ne sont pas comptabilisés au PEM de leur établissement parce que leur pratique principale est ailleurs où ils sont alors considérés.

État du PREM en spécialité (individus) au 31 mars 2015	Mars 2015		Mars 2014	
	PREM	Octroyés	PREM	Octroyés
Spécialités de base et locales	338	314	328	301
Spécialités régionales	119	104	113	105
Total	**457**	**418**	**441**	**406**
Postes vacants	**39**		**44**	
Dépassements temporaires (dérogations)			**4**	
Pourcentage d'atteinte du PREM				
Spécialités de base et locales	93 %		93 %	
Spécialités régionales	87 %		88 %	
Toutes les spécialités	**91 %**		**92 %**	
Mouvements				
Recrutement	45		24	
Départs	6		9	
Ajout net	**39**		**15**	

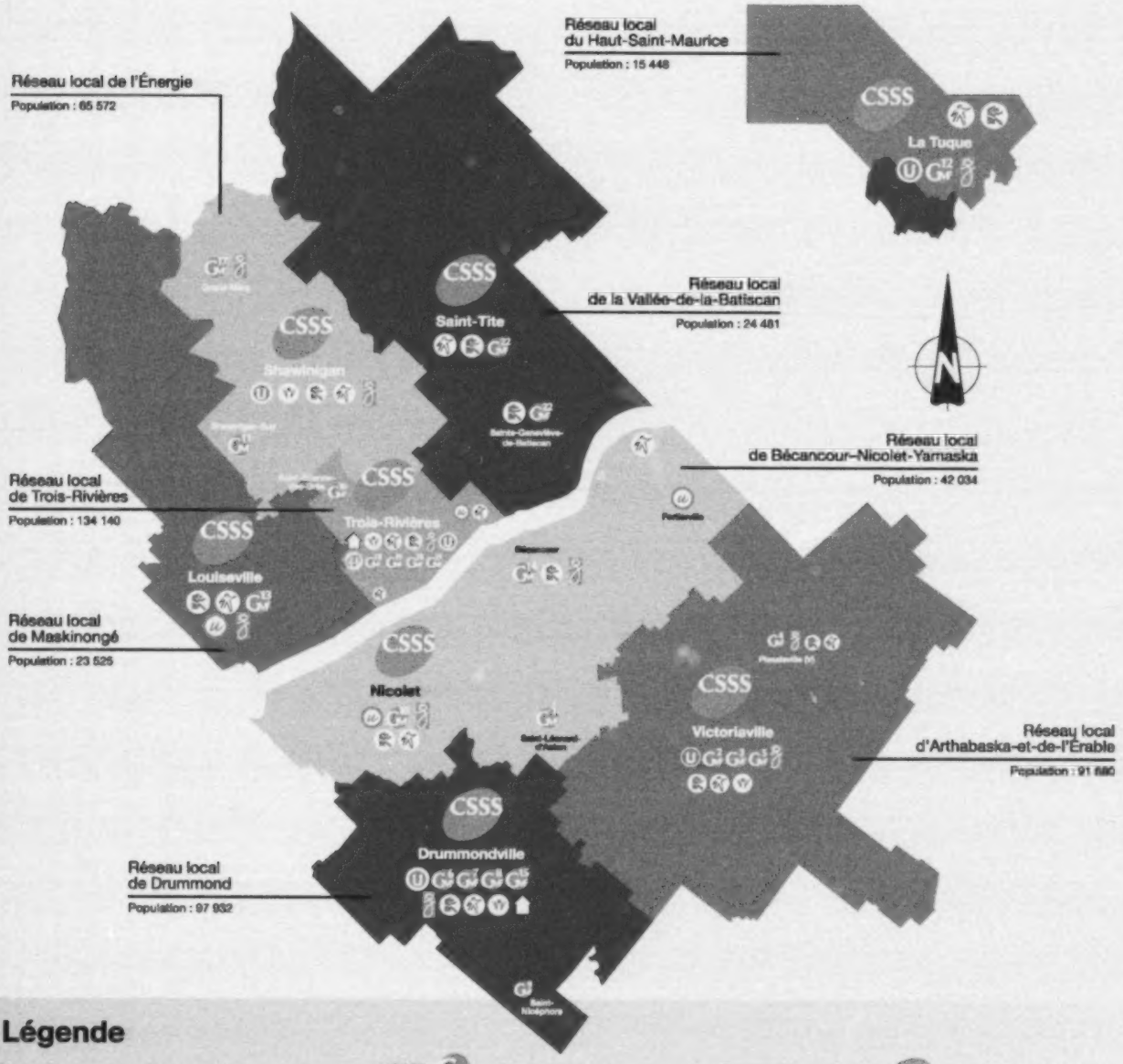
Note : Dans certaines spécialités, le nombre total de postes octroyés est supérieur au PREM autorisé dans un établissement (dérogations). Le nombre global de postes vacants ne tient pas compte de ces dépassements et reflète le nombre réel dans chaque établissement.

LES ORGANISMES ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

La région compte également sur :

- l'équipe de sages-femmes de la Maison de naissance de la Rivière à Nicolet qui effectue aussi des suivis de grossesse aux points de service à Trois-Rivières et Victoriaville;
- 163 ressources intermédiaires (RI) et 698 ressources de type familial (RTF), pour un total de 3 907 places accréditées, associées aux programmes-services Perte d'autonomie liée au vieillissement, Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, Déficience physique, Jeunes en difficulté et Santé mentale (données au 31 mars 2015);
- 224 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- 13 entreprises ambulancières;
- le Centre de communication santé (CCS) pour la réception et le traitement des appels d'urgence et l'affectation des ressources préhospitalières (ambulances et premiers répondants) couvrant la totalité de la région;
- 22 groupes de médecine de famille (GMF) situés dans les districts sociosanitaires d'Arthabaska-et-de-l'Érable (4), Drummond (5), Nicolet-Yamaska (3), Maskinongé (1), Haut-Saint-Maurice (1), Centre-de-la-Mauricie (3), Vallée-de-la- Batiscan (1) et Trois-Rivières (4). Ces GMF regroupent 322 médecins de famille répartis dans 64 sites, auxquels s'ajoutent 29 cliniques médicales privées;
- 13 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique;
- un Technocentre et un Infocentre régional.

LA CARTE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC



Légende

Urgence
- Majeure
- Mineure

Établissements à mission régionale
- Centre hospitalier affilié universitaire régional
- Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec Institut universitaire
- Centre de réadaptation en déficience physique InterVal

Agence de la santé et des services sociaux

GMF

1 : GMF de Saint-Léonard d'Aston
2 : GMF des Bois-Francs #1
3 : GMF des Bois-Francs #2
4 : GMF des Bois-Francs #3
5 : GMF des Bois-Francs #4
6 : GMF Centre médical AJC
7 : GMF Centre de santé
8 : GMF Centre Médical Saint-François
9 : GMF Clinique médicale Saint-Nicéphore
10 : GMF Clinique médicale de Nicolet
11 : GMF Clinique médicale de Shawinigan-Sud
12 : GMF Haut-Saint-Maurice
13 : GMF Clinique médicale Saint-Laurent
14 : GMF de la MRC de Bécancour
15 : GMF Centre médical Drummond
16 : GMF Les Grès
17 : GMF Grand-Mère
18 : GMF de Trois-Rivières
19 : GMF UMF de Trois-Rivières
20 : GMF Clinique de médecine familiale des Récollets
21 : GMF Du Carmel
22 : GMF Vallée-de-la-Batiscan

Centre de santé et de services sociaux

- Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
- Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
- Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
- Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
- Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska
- Centre de santé et de services sociaux Drummond
- Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Source : MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010

L'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Les établissements ont l'obligation légale de maintenir en tout temps l'agrément de leurs services et de solliciter le renouvellement de cet agrément auprès d'un organisme d'accréditation reconnu, et ce, dans un délai maximal de quatre ans. Ils doivent ainsi améliorer constamment la qualité des soins et des services offerts, veiller à la mobilisation du personnel et s'assurer de la satisfaction des usagers et de leurs proches.

En région, tous les établissements sont agréés, de même que les deux CHSLD privés conventionnés qui ont obtenu un agrément avec mention d'honneur. Au cours de la dernière année, cinq établissements ont renouvelé leur agrément. Ainsi, les CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska, de l'Énergie, de Trois-Rivières, Drummond et du Haut-Saint-Maurice ont renouvelé leur agrément dans le cadre du programme conjoint d'Agrément Canada (AC) et du Conseil québécois d'agrément (CQA). Les résultats obtenus par les établissements témoignent de leur engagement à offrir des soins et des services qui soient sécuritaires et de grande qualité.

Au plan régional, soulignons que l'analyse des différents rapports d'agrément contribue à l'identification des forces et des zones d'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux. Des actions conjointes sont ainsi identifiées afin d'améliorer de façon continue la qualité des soins et des services offerts dans la région.

LES PRIX D'EXCELLENCE

Les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont remis chaque année à des établissements et à des organismes communautaires qui se sont démarqués par des réalisations exceptionnelles. Ces projets contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ainsi qu'à la qualité des soins et des services.

Pour l'édition 2013-2014, deux projets ont représenté la région comme finalistes lors de la sélection provinciale. Il s'agit de l'organisme communautaire Pacte Bois-Francs pour son projet *Je joue gagnant* dans la catégorie « Prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être » et du CRDITED MCQ – IU pour son projet *Implantation de technologies mobiles en soutien à l'intervention* dans la catégorie « Personnalisation des soins et des services ».

Le MSSS a entrepris une grande révision des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, tant en ce qui a trait aux prix, aux catégories et au fonctionnement. La prochaine édition est donc reportée d'une année. La formule renouvelée des Prix d'excellence devrait être annoncée à l'automne 2015.

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

LA MISSION

En association avec ses partenaires, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour mission de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

À cette fin :

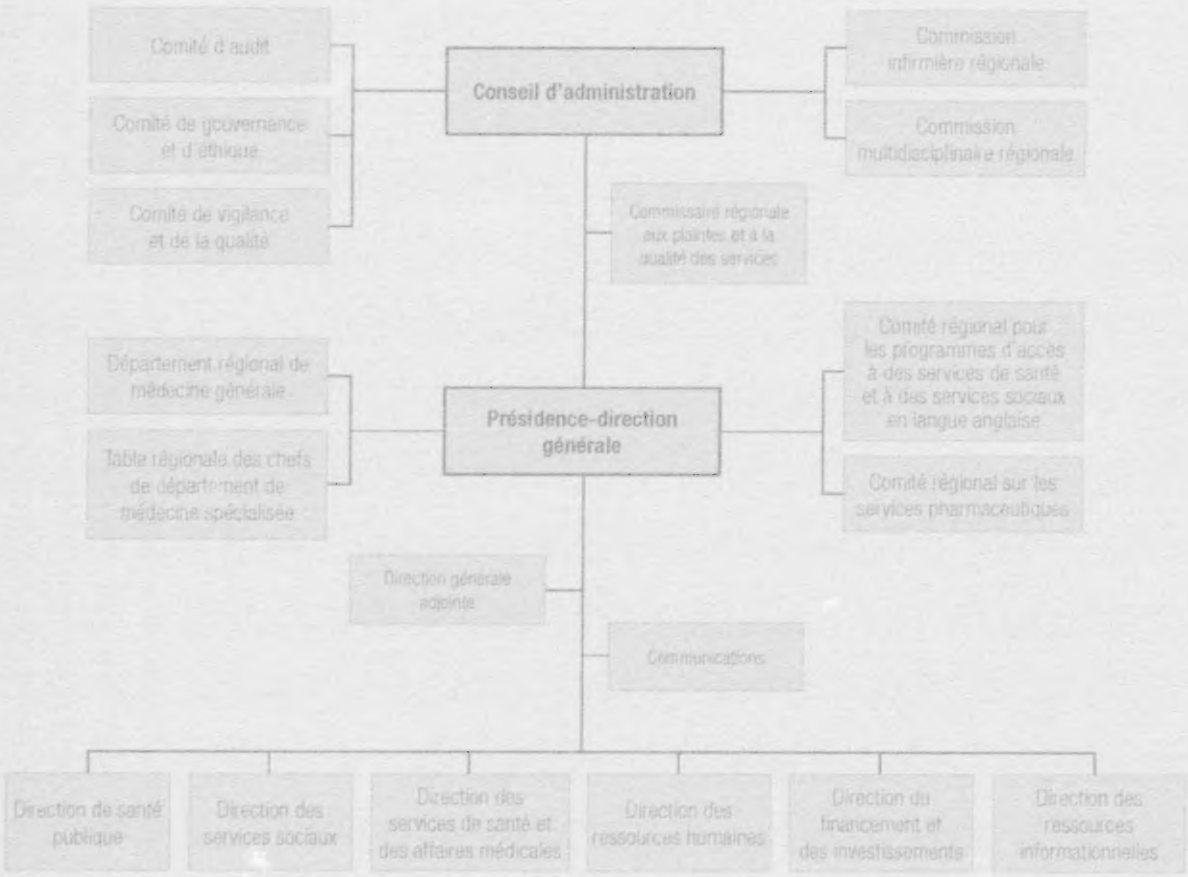
- Elle assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et en est imputable au ministre.
- Elle porte une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats, et ce, dans une perspective populationnelle.
- Elle crée des conditions favorables à l'émergence de huit RLS au sein d'un réseau régional cohérent, à la responsabilité populationnelle et à la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.
- Elle exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Notamment, elle propose et convient, avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaires et institutionnels, de la contribution qu'elle attend d'eux dans le respect des responsabilités de chacun.
- Elle veille à un accès comparable à des services continus et de qualité dans les territoires.
- Elle assure la protection de la santé publique de la population de la région sociosanitaire et met en œuvre, en collaboration avec ses partenaires, des programmes de prévention et de promotion contribuant à l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population.

L'ORGANISATION

Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de manière à assurer de façon optimale la coordination de ses composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par différentes lois.

En février 2013, la direction de l'Agence a entrepris une démarche de consultation en vue de la révision de son plan d'organisation. Plusieurs changements dans nos environnements interne et externe ont conditionné la nécessité de revoir certains aspects de notre structure organisationnelle. Les plus importants sont les exigences posées par le contexte budgétaire, les mouvements de personnel et l'évolution de notre dynamique organisationnelle et régionale. Ce plan d'organisation constitue un nouvel élan donné à notre organisation dans un contexte restrictif de changements et de mouvements. Les ajustements proposés ont été adoptés par le conseil d'administration en avril 2013.

L'ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2015



Les postes de direction :

- président-directeur général;
- directeur général adjoint;
- directeur des ressources humaines;
- directrice du financement et des investissements;
- directeur des ressources informationnelles;
- directeur des services de santé et des affaires médicales;
- directrice de santé publique;
- directeur des services sociaux.

Un poste de cadre supérieur, autre que direction :

- commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services.

Les postes de cadres intermédiaires :

- chef de service – Ressources financières et matérielles;
- chef de service – Ressources humaines et services documentaires;
- chef de service – Organisation de services (2 postes dont 1 vacant);
- coordonnatrice régionale en santé au travail (contrat de service avec la Commission de santé et de sécurité au travail [CSST]);
- chef de service – Santé et environnement;
- chef de service – Prévention et promotion (vacant);
- chef de service – Appui à la transversalité;
- chef de service – Affaires médicales et services spécialisés (vacant);
- chef de service – Services préhospitaliers, urgence et traumatologie;
- chef de service – Technocentre;
- chef de service – Bureau de projets;
- chef de service – PAR et Infocentre;
- chef de service – Coordination régionale en sécurité civile – mission santé (vacant).

LES RESSOURCES HUMAINES

Effectifs au 31 mars 2015		31 mars 2015	31 mars 2014
Les cadres			
Temps complet :	(hors cadres)	2	2
	(cadres supérieurs)	7	7
	(cadres intermédiaires)	10	11
Temps partiel : Nombre de personnes : Équivalents temps complet [1] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)		0	1
Nombre de cadres en stabilité d'emploi		0	1
Les employés réguliers			
Temps complet [2] : (excluant les personnes en sécurité d'emploi)		134	147
Temps partiel : Nombre de personnes : Équivalents temps complet [1] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)		9,6	9,6
Les occasionnels			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice		24 700,41	26 916
Équivalents temps complet [3]		13,52	14,74

[1] *L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.*

[2] *Inclus les postes affectés au Technocentre régional (19) et à l'Infocentre régional (5).*

[3] *L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.*

En outre, au 31 mars 2015, l'Agence pouvait compter sur la contribution (en ETC) de 16,53 médecins et d'un dentiste.

Gestion et contrôle des effectifs						
ASSS de la Mauricie et Centre-du-Québec		Total de janvier à mars				
		Travaillées	Heures Supplém.	Total	Nbre ETC	Nbre individus
Total	2014	85 826	482	86 308	176	195
	2015	84 189	373	84 562	172	188
	Variation	(1,9 %)	(22,7 %)	(2,0 %)	(2,0 %)	(3,6 %)
1 - Personnel d'encadrement	2014	9 998	0	9 998	20	21
	2015	9 458	0	9 458	19	20
	Variation	(5,4 %)		(5,4 %)	(5,4 %)	(4,8 %)
2 - Personnel professionnel	2014	42 702	149	42 851	88	99
	2015	40 517	138	40 655	83	91
	Variation	(5,1 %)	(7,3 %)	(5,1 %)	(5,4 %)	(8,1 %)
3 - Personnel infirmier	2014	3 500	25	3 526	7	9
	2015	3 636	15	3 651	7	9
	Variation	3,9 %	(40,5 %)	3,6 %	5,0 %	0,0 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	29 626	308	29 934	61	69
	2015	30 578	220	30 798	63	70
	Variation	3,2 %	(28,7 %)	2,9 %	3,2 %	1,4 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0
	Variation					
6 - Étudiants et stagiaires	2014	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0
	Variation					

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le budget d'exploitation de l'Agence totalisait 10 140 108 $ en 2014-2015, comparativement à 10 628 654 $ en 2013-2014. Plus de la moitié de ce budget est consacrée aux fonctions de santé publique (DSP), soit 5 227 378 $, alors que l'autre partie est affectée à la coordination du réseau. La décroissance enregistrée lors du dernier exercice financier s'explique principalement par la non-indexation des coûts salariaux ainsi que par l'application des efforts d'optimisation.

Budget en provenance du MSSS	2014-2015 (A)	2013-2014 (B)	Variation C=A-B
Budget de l'Agence	4 912 830 $	5 153 412 $	(240 582 $)
Budget de la DSP	5 227 278 $	5 475 242 $	(247 964 $)
Total du budget d'exploitation	**10 140 108 $**	**10 628 654 $**	**(488 546 $)**
Fonds des activités accessoires	192 124 $	153 921 $	38 203 $
Fonds des activités régionalisées	7 398 352 $	7 488 782 $	(90 430 $)
Fonds affectés[1]	42 909 730 $	40 544 599 $	2 365 131 $

[1] *Excluant les fonds Immobilisations et Équipements*

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La Direction des ressources informationnelles s'assure de la mise en oeuvre de la planification stratégique régionale en ressources informationnelles. En ce sens, elle porte la vision régionale, coordonne la réalisation des multiples projets afférents au développement, à l'intégration et à l'optimisation des ressources informationnelles.

Elle assure, par le biais du Bureau de projets, le soutien à l'analyse, la planification et le suivi des projets en ressources informationnelles, et du portefeuille régional et interne de projets. Elle est également responsable de la gestion du Technocentre régional.

En plus d'assumer le support et la gestion du parc informatique de l'Agence, le Technocentre assure l'hébergement d'applications et de systèmes d'information (de nature clinique, clinico-administrative et administrative), agit à titre de centre de services régional pour quelques établissements et GMF, accompagne les établissements dans leur choix technologique, répond à plus de 26 000 demandes d'assistance par année portant principalement sur plus de 160 applications ou systèmes d'information, surveille et maintient les infrastructures (le réseau de télécommunications, les systèmes d'exploitation, les logiciels antivirus, les serveurs d'accès, etc.), et ce, 24 heures par jour. Le Technocentre veille également aux infrastructures de sécurité protégeant les données et les équipements régionaux.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Résultats atteints

Le conseil d'administration a tenu cinq séances publiques et trois séances plénières en 2014-2015. Les activités du conseil d'administration ont cessé définitivement le 31 mars 2015. Outre les questions relatives à la répartition des ressources humaines, matérielles et financières, parmi les dossiers qui ont fait l'objet d'une attention particulière de la part du conseil d'administration, on note :

- l'adoption du Rapport annuel de gestion 2013-2014 et du Rapport 2013-2014 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits;
- la priorisation des projets immobiliers centralisés;
- la révision du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration;
- les prévisions budgétaires 2014-2015 du fonds d'exploitation de l'Agence;
- l'adoption du régime d'emprunts et délégation de pouvoirs;
- la nomination de l'auditeur externe;
- la situation financière du réseau à la fin de l'exercice financier 2013-2014;
- le projet de loi n° 10;
- le rapport de la présidente du comité de vigilance et de la qualité des services;
- les conditions de travail des employés syndicables non syndiqués de l'Agence;
- le Cadre de référence pour le Programme de soutien à la famille pour les personnes ayant une déficience;
- le financement de la ressource en soins palliatifs « Maison René-Verrier » de Drummondville;
- le projet de loi n° 28;
- les cadres de gestion en GMF et le projet de loi n° 20;
- le dossier clinique informatisé régional;
- le Cadre de référence portant sur les services de réadaptation fonctionnelle intensive interne et externe des CSSS et du CRDP InterVal.

Enfin, à quelques reprises au cours de l'année, les membres du conseil d'administration ont souligné des bons coups réalisés par le réseau et ses partenaires, soit :

- la création du manuel de formation *Démasquons la violence;*
- la démarche de consolidation des services de consultation – de type clinique jeunesse – dans les écoles secondaires de la Mauricie et du Centre-du-Québec;

- le projet de suivi systématique des troubles cognitifs liés au vieillissement;
- l'amélioration des services alimentaires au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable.

Des motions de félicitations ont ainsi été adressées aux acteurs concernés.

Liste des membres du conseil d'administration (au 31 mars 2015)

M[me] Julie Beaulieu, présidente	Membre indépendante Drummondville
M. Gérald Lapierre	Membre indépendant Drummondville
Poste vacant	Membre indépendant
M. Yves Tousignant, vice-président	Membre indépendant La Tuque
M. Marc Descôteaux	Membre indépendant Sainte-Monique
M[me] Nicole Houle	Collège *Comités des usagers des établissements* Trois-Rivières
M. Christian Carrier	Collège *Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée* Trois-Rivières
M. Yves-Laurent Godbout	Collège *Département régional de médecine générale* Trois-Rivières
M. Louis Trudel	Collège *Comité régional des services pharmaceutiques* Trois-Rivières
M[me] Josée Panneton	Collège *Commission infirmière régionale* Trois-Rivières
M[me] Nathalie Garon	Collège *Commission multidisciplinaire régionale* Trois-Rivières
M[me] Lynda Michaud	Collège *Organismes représentatifs du milieu syndical* Trois-Rivières
M[me] Isabelle Brunelle	Collège *Organismes communautaires* Pierreville
M. François Guillemette	Collège *Universités* Trois-Rivières
M. Gaëtan Lamy	Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LE RAPPORT DE SUIVI SUR L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration (voir annexe A) prévoit que le rapport annuel de gestion de l'Agence doit faire état, pour l'année écoulée, des données suivantes relatives au suivi de l'application du code :

- le nombre de cas traités et leur suivi;
- le nombre et la nature des manquements constatés;
- les décisions et sanctions imposées;
- le nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

Pour l'année 2014-2015, aucune situation de manquement au code d'éthique et de déontologie n'a été signalée ou traitée, aucune décision ou sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

LES COMITÉS DU CONSEIL

Le comité de vigilance et de la qualité

Résultats atteints

Le comité a tenu quatre rencontres en 2014-2015. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été abordées :

- l'analyse des conclusions, recommandations et suivis du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- le rapport annuel des plaintes;
- les informations du commissaire : objectifs annuels, analyses systémiques, journée des comités des usagers, efficience et allégement du mode de présentation des dossiers;
- le suivi sur les infections nosocomiales;
- le bilan des activités du comité pour la période allant de septembre 2013 à août 2014 et l'appréciation de son fonctionnement; le comité a fait part de son bilan au conseil d'administration en novembre 2014 et a déposé une recommandation concernant l'adoption du rapport annuel des plaintes;
- le rôle du comité jusqu'à sa dissolution au 1er avril avec l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales;
- le suivi des recommandations des coroners;
- le rapport régional sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins et de services.

Liste des membres du comité de vigilance et de la qualité (au 31 mars 2015)

M[me] Josée Panneton	Collège *Commission infirmière régionale*
M[me] Nicole Houle	Collège *Comités des usagers des établissements*
M[me] Isabelle Brunelle	Collège *Organismes communautaires*
M[me] Geneviève Blain	Commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services
M. Gaetan Lamy	Président-directeur général de l'Agence

Le comité d'audit

Résultats atteints
Le comité a tenu trois rencontres en 2014-2015. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été abordées :

- le rapport financier annuel 2013 de l'équipe régionale de la santé au travail;
- le rapport financier annuel consolidé 2013 de la santé au travail;
- le rapport financier annuel 2013-2014 de l'Agence;
- les prévisions budgétaires 2014-2015 de l'Agence;
- les rapports financiers périodiques 2014-2015 de l'Agence;
- la présentation du programme de vérification 2014-2015;
- les transferts de l'enveloppe régionale des crédits;
- la gestion des risques;
- la performance des établissements de la région;
- le mandat du comité d'audit.

Le comité a déposé deux recommandations au conseil d'administration, notamment pour l'adoption du rapport financier périodique à la période 7 et des rapports financiers annuels de l'Agence.

Liste des membres du comité d'audit (au 31 mars 2015)

M[me] Julie Beaulieu	Membre indépendante Présidente du conseil d'administration
M[me] Isabelle Brunelle	Collège *Organismes communautaires*
Poste vacant	Membre indépendant
M[me] Nathalie Garon	Collège *Commission multidisciplinaire régionale*
M. Marc Descôteaux	Membre indépendant Président du comité d'audit

Le comité de gouvernance et d'éthique

Résultats atteints
Ce comité a été mis en place en décembre 2012. Pendant l'année 2014-2015, les membres ont participé à une seule rencontre, au cours de laquelle ils ont traité des sujets suivants :

- la formation continue des administrateurs;
- le rôle du comité de gouvernance et d'éthique dans le futur centre intégré universitaire de santé et de services sociaux en lien avec le projet de loi nº 10;
- la revue des documents produits par l'Agence : la politique sur l'évaluation du fonctionnement de la performance du conseil d'administration de l'Agence, les outils et pratiques en cours et le document de soutien à la réflexion sur les paramètres guidant l'appel de candidatures des membres indépendants du conseil d'administration de l'Agence.

Liste des membres du comité de gouvernance et d'éthique (au 31 mars 2015)

Mme Julie Beaulieu	Membre indépendante Présidente du conseil d'administration
M. Yves Tousignant	Membre indépendant
M. Gérald Lapierre	Membre indépendant
M. François Guillemette	Collège *Universités*
M. Louis Trudel	Collège *Comité régional des services pharmaceutiques*

LES INSTANCES CONSULTATIVES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

Résultats atteints
La commission a tenu deux rencontres en 2014-2015. Au cours de ces réunions, les principaux sujets suivants ont été abordés :

- l'amélioration de l'accessibilité aux services de physiothérapie par le développement de l'implantation d'intervention de groupe;
- le manuel de formation *Démasquons la violence;*
- l'entente sociojudiciaire en maltraitance faite aux aînés;
- le projet *Intervention post-événement critique* (IPEC) au CRDITED MCQ – IU;
- les services à la collectivité offerts par les professeurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

Liste des membres de la commission multidisciplinaire régionale (au 31 mars 2015)

M. Alain Demers CSSS de Maskinongé M. Michael Monast Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Domaine social
M[me] Danielle Jacob CRDP InterVal M[me] Liette Côté CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Domaines de la réadaptation et de la santé
M[me] Gisèle Dumas CSSS de l'Énergie Poste vacant M[me] Sophie Lacasse Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	*Collège des conseils multidisciplinaires des établissements* Autres secteurs professionnels et domaines techniques
M[me] Nathalie Garon CSSS de Trois-Rivières M[me] Nathalie Bishop CRDITED MCQ – IU	*Collège des gestionnaires*
M[me] Marie-Claude Blais Département de psychologie, UQTR	*Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines sociaux*
M[me] Marie-Josée Drolet Département d'ergothérapie, UQTR	*Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines de la santé*
M[me] Marie-Pier Landry Cégep de Victoriaville	*Collège de l'enseignement collégial*
M. Jacquelin Roy Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec M[me] Josée Rossignol CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Membres observateurs
Mme Véronique Arès Pour le président-directeur général de l'Agence	Membre d'office

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

Résultats atteints

La commission a tenu une rencontre en 2014-2015. Au cours de cette réunion, les questions suivantes ont été abordées :

- le projet de loi n° 10;
- les priorités d'action de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) : vision de la gouverne en soins infirmiers;
- la pratique infirmière praticienne spécialisée (IPS);
- les dossiers statutaires : IPS, prévention et contrôle des infections, mesure de contrôle des chutes, préceptorat, planification des stages;
- les dossiers prioritaires de la Direction des soins infirmiers du MSSS;
- les objectifs, priorités et dossiers statutaires de la table régionale en soins infirmiers.

Liste des membres de la commission infirmière régionale (au 31 mars 2015)

M[me] Geneviève Beaulé CRDP InterVal M[me] Josée Tanneton CSSS de Trois-Rivières M[me] Annie-Claude Frigon CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable M[me] Anne Bolduc CSSS Drummond	*Comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers (CII)*
M[me] Michelle Carignan CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan M[me] Sandra Denoncourt CSSS de Maskinongé	*Collège des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires*
M[me] Hélène Hinse CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable Poste vacant	*Collège des gestionnaires des soins infirmiers*
M[me] Patricia Germain Département des sciences infirmières, UQTR	*Collège de l'enseignement universitaire*
M[me] Josée Briere Cégep de Trois-Rivières	*Collège de l'enseignement collégial*

M[me] Peggy Richard CSSS de l'Énergie	*Infirmière praticienne spécialisée (membre cooptée)*
M[me] Chantal Lehoux Pour le président-directeur général de l'Agence	Membre d'office
M[me] Andréanne Therrien CSSS de Trois-Rivières M[me] Laurie Desrochers CSSS du Haut-Saint-Maurice	Membres observatrices

LES INSTANCES CONSULTATIVES À LA PRÉSIDENCE-DIRECTION GÉNÉRALE

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)

Résultats atteints

Des élections ont permis d'élire un nouveau comité de direction du DRMG, celui-ci a tenu huit rencontres en 2014-2015. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont notamment été abordées :

- les PREM en omnipratique et infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL);
- le suivi des guichets d'accès pour les clientèles orphelines (GACO);
- la révision de la méthode de répartition interrégionale des PREM par le comité de direction du DRMG;
- la formation des équipes interdisciplinaires en accès adapté;
- l'accès aux services médicaux spécialisés;
- le déploiement de l'accueil clinique du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable;
- le 3[e] renouvellement des accréditations et l'accréditation des nouveaux GMF;
- les dossiers médicaux électroniques en GMF;
- l'informatisation des GMF et du réseau.

Liste des membres du comité de direction du DRMG (au 31 mars 2015)

Dr Louis Auger Table médicale territoriale d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Dr Jean Côté Table médicale territoriale de Maskinongé
Dr Pierre Martin Table médicale territoriale de Trois-Rivières	Dre Guylaine Gauthier Table médicale territoriale de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Dr Réjean Duplain Représentant de la Faculté de l'Université de Montréal – Campus Mauricie	Dr Dany Sirois Table médicale territoriale de l'Énergie
Dre Diane Amyot Table médicale territoriale de Drummondville	Dre Benoît Marchand-Antonin Table médicale territoriale de la Vallée-de-la-Batiscan
Dr Jean-François Turmel Table médicale territoriale du Haut-Saint-Maurice	M. Gaëtan Lamy Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE (TRCDMS)

Résultats atteints

Le comité de direction de la TRCDMS a tenu trois rencontres en 2014-2015. Les questions abordées au cours de ces réunions sont notamment les suivantes :

- l'optimisation des laboratoires OPTILAB;
- l'accès aux services médicaux en imagerie médicale;
- le continuum neurovasculaire : unités d'AVC, corridors de service;
- le déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ) dans les cliniques privées en spécialité;
- l'organisation des services en santé mentale;
- les PREM.

Liste des membres du comité de direction de la TRCDMS (au 31 mars 2015)

Dr Étienne Bureau Membre coopté, chirurgie CSSS de Trois-Rivières Représentant de la Mauricie	Dr Daniel Carrier Membre élu, médecine CSSS Drummond
Dr Jean-Claude Cantin Membre coopté, pédiatrie CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Dr Michel Leblanc Membre coopté, médecine nucléaire CSSS de Trois-Rivières
Dr Christian Carrier Membre élu, médecine de laboratoire CSSS de Trois-Rivières	Dr Bruno Robert Membre coopté, anesthésiologie CSSS Drummond

Dre Marie-Claude Parent Membre cooptée, psychiatrie CSSS Drummond	Dr Jean-François Poissant Membre élu, chirurgie CSSS de l'Énergie
Dr Georges Desrochers Membre coopté, médecine CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable Représentant du Centre-du-Québec	Dre Chantale Raymond Membre cooptée, gynécologie obstétrique CSSS Drummond
Dr Réjean Duplain Membre coopté Faculté de médecine, Université de Montréal	M. Gaétan Lamy Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LE COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES (CRSP)

Résultats atteints

Le CRSP a tenu trois rencontres en 2014-2015. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont entre autres été abordées :

- le consentement pour la transmission des profils pharmacologiques et le bilan comparatif des médicaments;
- les mécanismes pour la gestion des demandes d'analyse et l'obtention des résultats de laboratoire en lien avec le projet de loi nº 41;
- le suivi du déploiement du DSQ dans les pharmacies de la région;
- les ordonnances collectives.

Liste des membres du comité régional sur les services pharmaceutiques (au 31 mars 2015)

Mme Geneviève Nadeau Présidente, membre nommée Pharmacienne en établissement, RLS Drummond	M. Louis Trudel Membre nommé Pharmacien propriétaire, RLS Trois-Rivières
Mme Hélène Lamy Membre élue Pharmacienne en établissement, RLS Centre-de-la-Mauricie	Mme Chantal Morissette Membre nommée Pharmacienne communautaire, RLS Trois-Rivières
Mme Sophie Vincent Membre nommée Pharmacienne communautaire, RLS Trois-Rivières	M. Yvon Rousseau Membre nommé Pharmacien-chef, RLS Maskinongé
Mme Isabelle Houle Membre nommée Pharmacienne-chef, RLS Haut-Saint-Maurice	M. Yan Désilets Membre nommé Pharmacien propriétaire RLS d'Arthabeska-et-de-l'Érable
M. Gaétan Lamy Membre d'office Président-directeur général de l'Agence	

LE COMITÉ POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

Résultats atteints

Le comité d'accès à des services en langue anglaise a tenu cinq rencontres en 2014-2015. Divers sujets ont été abordés par les membres : l'appel de projets 2014-2018 du Réseau communautaire de santé et de services sociaux dans le cadre du programme Adaptation des soins de santé et services sociaux, l'élaboration du poste d'agent de liaison avec le Megantic English-Speaking Community Development Corporation (MCDC), la révision du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la Mauricie et du Centre-du-Québec et la proposition de candidatures pour occuper un poste de membre indépendant représentant la communauté anglophone au conseil d'administration du CIUSSS MCQ. Deux personnes du comité ont présenté leur candidature.

Suite à deux démissions, le comité a accueilli deux nouvelles membres de la communauté anglophone, et ce, grâce au recrutement d'une membre du comité.

Liste des membres du comité pour les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (au 31 mars 2015)

M[me] Carol Chiasson Trois-Rivières	M[me] Charlotte Dousett Trois-Rivières
M[me] Isabelle Dupont Trois-Rivières	M[me] Elana Mac Dougall Trois-Rivières
M[me] Kathleen Brousseau Trois-Rivières	M. Geoffrey Mecham Sainte-Clothilde-de-Horton

LA QUALITÉ ET LA PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX[1]

Conformément à l'article 340 de la LSSSS, l'Agence doit s'assurer d'une prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux. Pour ce faire, différentes activités sont réalisées, notamment sur les sujets suivants : la gestion des risques, l'utilisation des mesures de contrôle et le suivi des rapports du coroner.

LA GESTION DES RISQUES

La gestion des risques dans le réseau de la santé et des services sociaux est une priorité afin d'assurer des services aux usagers qui soient sécuritaires et de qualité. La déclaration des incidents et accidents qui surviennent dans le cadre de la

[1] *Note : Pour prendre connaissance des résultats liés à la satisfaction des usagers, au traitement de leurs plaintes et au respect de leurs droits, consultez le Rapport 2014-2015 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits, accessible au www.agencesss04.qc.ca.*

prestation de soins et de services s'inscrit dans cette perspective. Il importe que ces événements soient connus pour que l'on puisse en faire l'analyse et apporter des correctifs dans un objectif de prévention.

Pour l'année 2014-2015, 31 729 événements ont été déclarés dans la région. À l'instar de l'an dernier, la majorité des événements déclarés suivent la tendance nationale, c'est-à-dire que les chutes (42 %) et la médication (31 %) sont les événements les plus fréquents. Différentes stratégies sont d'ailleurs mises en place pour réduire ces risques, notamment des stratégies de prévention des chutes principalement chez la clientèle âgée. En ce qui concerne la gravité, soulignons que la majorité des incidents et accidents survenus, soit 99 %, n'ont eu aucune conséquence ou des conséquences mineures sur les personnes et que les événements graves représentent 1 % des événements déclarés. Les événements graves font l'objet d'une enquête approfondie afin de déterminer les causes et d'identifier les mesures correctives nécessaires pour éviter que des événements similaires ne se reproduisent. Lorsqu'un accident a des conséquences sur l'usager, ce dernier en est informé et des mesures de soutien lui sont proposées, s'il y a lieu. En 2014-2015, l'information a été divulguée aux usagers concernés dans 96,6 % des cas, ce qui est supérieur à la moyenne provinciale (87,9 %). Enfin, bien que ces 31 729 événements indésirables représentent un nombre relativement important d'événements, il convient de les mettre en perspective en considérant les centaines de milliers d'interventions et de gestes posés par le personnel du réseau régional.

Depuis 2011, le MSSS publie deux fois par année un rapport semestriel sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec. Ce rapport présente les données provinciales, régionales et locales sur les événements indésirables dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services. À compter de cette année, ce rapport ne sera publié qu'une fois par année. La publication pour les événements survenus en 2014-2015 est donc prévue à l'automne 2015.

La publication de ces rapports semestriels a mis en évidence la pertinence d'harmoniser davantage les pratiques de déclaration de ces événements, et ce, tant aux plans local, régional que provincial. À cet effet, des travaux régionaux ont été priorisés dans le plan d'action 2013-2015 afin de réaliser un guide d'application régional sur la déclaration des incidents et accidents. Ainsi, en améliorant la saisie des données, cela contribue à une connaissance plus juste des événements qui surviennent et, par conséquent, à la mise en place de mesures correctives mieux ciblées. Étant donné que la déclaration des incidents et des accidents comprend plusieurs catégories pour lesquelles des clarifications sont nécessaires, il est apparu pertinent d'élaborer ce guide de façon progressive, soit par volets.

Ainsi, en 2014-2015, les travaux se sont poursuivis permettant la réalisation d'un troisième volet portant sur la déclaration des « autres types d'événements ». Cette catégorie comprend 22 types d'événements différents tels que les erreurs liées au dossier de l'usager, le bris de confidentialité, les erreurs liées à l'identification et les fugues ou disparitions. Ce volet « autres types d'événements » s'ajoute aux volets sur les chutes et sur les événements liés à la médication. Le guide apporte donc des précisions pour les trois types d'événements indésirables les plus déclarés en région, ce qui permet une harmonisation pour la majorité des déclarations. Trois outils aide-mémoire accompagnent également le guide ce qui facilite la déclaration pour les intervenants. L'implantation du volet sur les « autres types d'événements » se fera progressivement au cours des prochains mois. Rappelons que ces travaux, coordonnés par l'Agence, sont réalisés par un groupe de travail qui relève de la Table régionale qualité.

En terminant, soulignons que tous les établissements ont entrepris des actions en matière de gestion des risques, notamment par le biais des plans d'amélioration mis en place suite à l'agrément afin de s'assurer d'offrir des soins et des services qui soient sécuritaires et de qualité. En ce qui concerne l'implantation des recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) en matière de prévention des chutes et des événements liés à la médication, cette priorité était inscrite à la planification 2014-2015 de la Table régionale qualité. Les deux rapports du GVSS ainsi que le plan d'action ministériel ont été diffusés aux établissements et aux directions concernées à l'Agence. Les recommandations s'implanteront progressivement en 2015-2016.

LES MESURES DE CONTRÔLE

Les orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle introduisent différentes obligations aux établissements dans le but d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services qui tient compte des droits des usagers. En ce sens, les orientations du MSSS visent à limiter le recours aux mesures de contrôle, à en réduire la durée d'application et à assurer un suivi rigoureux dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services.

Afin de suivre l'évolution des pratiques à cet égard et de s'assurer du respect des orientations ministérielles, la région s'est dotée d'un guide régional d'application des mesures de contrôle qui vise à réduire le recours aux mesures de contrôle, à soutenir la révision des protocoles des établissements, à harmoniser les pratiques et à déterminer des indicateurs communs au plan régional. Ainsi, tous les établissements disposent d'un protocole d'application des mesures de contrôle, conformément à leur obligation légale, lequel a été révisé pour tenir compte notamment des orientations régionales.

À l'instar de l'année dernière, la formation *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement* a été offerte dans les dix établissements concernés[1]. La formation vise à s'assurer d'une utilisation exceptionnelle et sécuritaire des mesures de contrôle et est offerte en priorité aux nouveaux employés concernés par leur utilisation. Au cours de la dernière année, neuf établissements ont offert cette formation aux nouveaux employés. De ce nombre, quatre ont réussi à former 100 % des nouveaux employés visés. Pour la plupart des établissements, ces formations sont offertes en association avec le Programme de prévention des chutes et l'utilisation de mesures alternatives (tapis de chute, coussin antiglissement, moniteur sensoriel, etc.).

Le suivi de l'utilisation des mesures de contrôle est réalisé de façon étroite dans les établissements et un suivi est également fait au comité de vigilance et de la qualité de l'Agence. Cependant, malgré l'identification d'indicateurs de suivi communs au plan régional, une harmonisation des outils utilisés par les établissements est à poursuivre afin de permettre la réalisation d'un portrait régional de l'utilisation des mesures de contrôle. Tout de même, les informations recensées pour 2014-2015 nous permettent de constater :

- une diminution significative des taux d'utilisation des mesures de contrôle depuis la diffusion des orientations ministérielles et le déploiement d'un programme national de formation;
- une augmentation de l'utilisation des mesures alternatives (tapis de chute, coussin antiglissement, moniteur sensoriel, etc.), lesquelles favorisent la liberté de mouvement tout en assurant la sécurité des usagers;
- la mise en place de comités d'encadrement de l'utilisation des mesures de contrôle et de la prévention des chutes au sein des établissements;
- la mise en place de formations annuelles régulières (formation à l'embauche et formation continue), notamment grâce au développement de formateurs à l'interne.

LES RAPPORTS DU CORONER

L'Agence veille à ce qu'un suivi soit accordé à l'ensemble des recommandations formulées par le coroner et identifie, s'il y a lieu, des interventions régionales à réaliser en vue de prévenir les accidents évitables.

Pour l'année 2014-2015, 22 rapports d'investigation du coroner ont été reçus en région. Les recommandations de ces rapports s'adressent plus spécifiquement à deux CSSS, à l'Agence ainsi qu'à deux résidences privées pour aînés (RPA). Il importe de souligner que 14 des décès analysés par le coroner sont survenus lors d'un épisode d'influenza dans un CHSLD.

[1] *Ces mesures ne sont pas appliquées au Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec et la formation est différente pour le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte tenu de sa clientèle et des mesures utilisées. La durée de la formation est également adaptée en fonction du personnel formé.*

L'investigation du coroner a conclu à des décès de cause naturelle et des recommandations ont été adressées à l'Agence et au CSSS concerné dans un objectif de prévention et d'amélioration continue de la sécurité des soins et des services. Pour les autres rapports, les recommandations du coroner portaient principalement sur la révision des interventions appliquées pour s'assurer de leur conformité avec les standards de pratique. Le suivi aux recommandations est en cours pour quatre des rapports reçus et complété pour tous les autres.

Enfin, soulignons que l'Agence diffuse, à titre préventif, les recommandations du coroner pouvant s'appliquer à plus d'un établissement afin d'éviter que ne surviennent des accidents et des décès similaires.

LES VISITES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU MILIEU DE VIE EN CHSLD

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte 29 installations CHSLD sur son territoire (27 CHSLD publics et 2 privés conventionnés). En 2014-2015, le MSSS a procédé à l'évaluation de 15 installations CHSLD en collaboration avec l'Agence et des membres d'organismes partenaires représentant les droits des résidents et des aînés. Lors de ces visites, plus de 100 critères sont évalués par le biais d'observations, d'entrevues et de consultation de documents.

À la suite des visites d'évaluation, le MSSS émet ses recommandations par le biais d'un rapport et l'Agence assume la responsabilité du suivi du plan d'amélioration élaboré par l'établissement visité. En 2014-2015, l'Agence a accompagné les établissements dans l'élaboration de leur plan d'amélioration, soutenu ceux-ci dans l'actualisation de leurs recommandations et réalisé 42 visites de suivi dans 25 installations de la région. Ces visites ont permis non seulement à l'Agence de constater l'évolution de l'actualisation des recommandations, mais également d'amorcer le développement d'une culture de partage de bons coups entre les établissements afin de rehausser la qualité de vie des résidents à travers la région de la Mauricie et du Centre-Québec, et même au-delà des limites de notre territoire. L'Agence a également mis en place un espace virtuel accessible sur le Web afin de favoriser le partage de documents et de procédures entre les différents établissements sur son territoire. Les rapports de visite ainsi que l'évolution du suivi des plans d'amélioration demeurent disponibles au public sur le site Internet du MSSS.

LA CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS

L'Agence procède à la certification des résidences privées pour aînés de son territoire et mène les actions nécessaires au maintien de la conformité des RPA de la région quant aux critères de certification.

Durant le dernier exercice, le comité de conformité s'est réuni à sept reprises et a recommandé le renouvellement de 86 certificats et l'émission de neuf attestations temporaires. Il s'est penché sur plusieurs problématiques (relocalisation, préavis de non-certification, fermeture et autres sujets) et a transmis un grand nombre d'orientations.

De plus, l'Agence a accompagné les RPA en :

- processus de renouvellement de certificat;
- ouverture d'une nouvelle résidence;
- changement de propriétaire;
- fermeture;
- changement de vocation.

Quelques visites d'inspection ont été réalisées à la demande de la commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services ou à la demande du comité de conformité.

L'Agence travaille en étroite collaboration avec les différents services de sécurité incendie.

Vérification des antécédents judiciaires

L'année financière 2014-2015 fut marquée, entre autres, par le processus entourant la vérification des antécédents judiciaires. Au 1er avril 2015, les propriétaires de résidences privées pour aînés étaient tenus de signer une entente avec un corps policier du Québec (Sûreté du Québec ou police municipale) afin de faire vérifier les antécédents judiciaires de leurs employés et de leurs bénévoles. L'Agence a également signé cette entente avec la Sûreté du Québec pour la vérification des antécédents judiciaires des exploitants et des dirigeants.

Des séances d'information dans chacun des huit territoires ont permis d'informer les exploitants sur les modalités de fonctionnement concernant l'entente relative à la vérification des antécédents judiciaires effectuée par les corps policiers du Québec. Le taux de participation a été de 60 %.

LA CERTIFICATION DES RESSOURCES EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE

Présentement, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte 11 ressources spécialisées en toxicomanie. L'Agence a soutenu les ressources en processus de certification en les informant sur la réglementation et en offrant un accompagnement, au besoin. Elle a également procédé à des visites d'inspection afin d'évaluer la conformité de certains éléments en lien avec le Règlement sur la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique. Un comité de certification est mis en place par l'Agence pour analyser et recommander l'émission des certificats de conformité. Le comité a aussi transmis ses orientations relativement aux problématiques soumises à son attention.

LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

- Au cours de l'année 2014-2015, 48 874 transports ambulanciers ont été effectués, ce qui inclut les appels d'urgence provenant de la population et ceux provenant des différents centres hospitaliers de la région. Le CCS a également sollicité 2 891 demandes auprès des services de premiers répondants.

- L'Agence a offert un total de 212 jours de perfectionnement aux techniciens ambulanciers paramédics de la région. Les sujets portaient, entre autres, sur la formation dyspnée sévère jours 2 et 3, et Pictap 2013/avc et MVE (Ebola).

- Lors de la dernière année, 2 515 protocoles cliniques ont été analysés dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité des services préhospitaliers d'urgence. De ce nombre, il y a eu 1 543 protocoles médicaux (médicaments et ECG 12-D), 152 protocoles médicaux légaux (réanimations impraticables, directives de non-initiation de la réanimation et morts évidentes), 10 protocoles pédiatriques (difficultés respiratoires et anaphylaxie), 161 protocoles de réanimation, 641 protocoles de traumatologie et 8 protocoles de refus de services.

- L'analyse rétrospective des performances démontre une conformité globale de 90 %. Au cours de l'année, la consolidation du Programme d'amélioration continue de la qualité a permis d'améliorer le taux de conformité et également de prévenir la récidive des écarts aux protocoles.

- Deux nouvelles municipalités se sont ajoutées à notre réseau de services de premiers répondants. Tout d'abord, les municipalités de Saint-Justin et de Saint-Élie-de-Caxton qui ont démarré depuis peu et la municipalité de Aston-Jonction qui est en processus d'organisation.

- Nous avons terminé la phase 2 du projet DEA-Police avec la formation de 185 policiers pour un total de 315 policiers formés sur l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé sur notre territoire. Nous avons donné quatre journées de formation DEA-Police à l'École nationale de police de Nicolet.

- Une formation régionale portant sur l'utilisation des tablettes PC a débuté en mars 2015. Celle-ci est offerte seulement aux techniciens ambulanciers paramédics œuvrant au sein de neuf compagnies ambulancières de la région puisque les techniciens ambulanciers paramédics travaillant pour les autres entreprises ont déjà reçu une telle formation. La finalité de l'implantation des tablettes PC est prévue pour le 15 juin 2015.

LA SANTÉ PUBLIQUE

LES AVIS DE SANTÉ PUBLIQUE

En 2014-2015, la DSP a émis des avis sur différents sujets :

- les risques sanitaires potentiels associés aux altérations des fondations de bâtiments par la pyrrhotite;
- le méthylmercure dans la chair des poissons en Haute-Mauricie;
- les nitrates, sodium et chlorures dans l'eau potable;
- le monoxyde de carbone dans les yourtes;
- les impacts à la santé d'une station-service (essence et diesel);
- les risques potentiels pour la santé associés à la qualité de l'air extérieur lors de l'entreposage et le conditionnement de béton, brique et asphalte;
- le plomb dans l'eau potable (recommandations générales);
- les compteurs intelligents (avis Info-Santé);
- plusieurs avis sur des situations d'insalubrité dans des édifices publics de la région.

LA COMMUNICATION À LA POPULATION

En 2014-2015, plusieurs interventions de communication ont été réalisées dans le but d'informer la population sur différents sujets en santé environnementale et en maladies infectieuses. Plusieurs autres actions ont été effectuées pour inviter la population à adopter de saines habitudes de vie. Voici quelques exemples :

- La réalisation d'une campagne télévisée et radiophonique pour promouvoir la vaccination contre la grippe et la prévention des infections.
- La réalisation de la campagne Web *soispasbête.ca* qui est toujours effective. Les objectifs visés par celle-ci sont l'accessibilité aux condoms gratuits ou à peu de frais ainsi que l'accès aux services de dépistage. Le but de cette campagne est la réduction des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

- La réalisation d'une campagne pour promouvoir la vaccination et la gestion des éclosions de grippe et de gastroentérite. Les moyens utilisés ont été le Web, la radio et de la publicité dans différents journaux.

- La diffusion de différents communiqués de presse pour faire la promotion et la prévention des sujets suivants : eau potable, froid extrême, monoxyde de carbone, chaleur accablante, herbe à poux, cessation tabagisme, Défi Santé 5/30 Équilibre, Plaisirs d'hiver et les dangers concernant la cigarette électronique.

- Le lancement de deux plans d'action (Mauricie et Centre-du-Québec) favorisant l'adoption de saines habitudes de vie chez les jeunes. Deux conférences de presse ont été organisées en collaboration avec les partenaires impliqués.

LE VOLET PRÉVENTION-PROMOTION

Les saines habitudes de vie : l'alimentation, le mode de vie physiquement actif et le non-tabagisme

La DSP a soutenu les CSSS dans la réalisation de campagnes sociétales et dans l'accompagnement des milieux scolaires, de travail, communautaires et municipaux dans la promotion de saines habitudes de vie (Défi Santé 5/30 Équilibre, Plaisirs d'hiver, programme 0-5-30, programme Viactive, Ma cour : un monde de plaisirs!, révision de schémas d'aménagement et de développement durable, etc.). De plus, l'Agence a apporté un soutien financier, produit différents outils, organisé des formations et assuré la coordination des activités réalisées dans la région, en étroite collaboration avec les équipes locales en saines habitudes de vie des CSSS et plusieurs partenaires régionaux. Des appuis financiers locaux ont été apportés afin de soutenir certains CSSS dans la bonification des services offerts par leur centre d'abandon du tabac. Le développement d'initiatives sur mesure a su permettre l'émergence de projets novateurs en prévention (systématisation à Drummondville et avec un organisme communautaire dans Arthabaska-et-de-l'Érable) dans certains milieux de notre région et ainsi soutenir des médecins, des infirmières et des pharmaciens à offrir des services préventifs auprès de leur clientèle.

La concertation régionale sur les saines habitudes de vie

La DSP de l'Agence coordonne les deux tables intersectorielles régionales sur les saines habitudes de vie (TIR-SHV) formées des directions régionales de ministères et de partenaires régionaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec interpellés par les saines habitudes de vie. La directrice de santé publique assure la présidence de ces tables. L'Agence soutient la planification et la mise en œuvre des actions priorisées par les TIR-SHV, s'assure de la mobilisation des partenaires, assure le déploiement de sessions de sensibilisation aux environnements favorables pour de saines habitudes de vie, collabore à la planification de la formation s'adressant aux municipalités et dirige les travaux d'élaboration des deux plans d'action régionaux ciblant les enfants et les adolescents de 0-17 ans pour ensuite collaborer à leur mise en œuvre.

La planification et intégration des meilleures pratiques en prévention et promotion en milieu scolaire (approche École en santé)

L'Agence, en collaboration avec les CSSS, a publié en septembre 2014 un guide permettant de convenir, avec le réseau de l'éducation, des meilleures pratiques en prévention et promotion. La planification et l'intégration graduelle des meilleures pratiques en milieu scolaire s'actualisent en partenariat avec le réseau de l'éducation, grâce à l'implication des accompagnateurs École en santé ou selon les mécanismes locaux existants. L'ensemble de cette démarche aura permis de bonifier les interventions et de choisir celles qui ont le plus d'impact auprès du jeune ou de sa famille.

L'Agence a facilité l'appropriation de deux nouveaux programmes en éducation à la sexualité à offrir en milieu scolaire :

- MOSAIK : Des outils pour les enfants du primaire et les jeunes du secondaire ainsi que pour leurs parents

- PESAS : Programme d'éducation à la santé affective et sexuelle de la 6e année du primaire à la 5e année du secondaire

L'Agence a aussi réalisé la formation et le soutien à l'implantation du Programme de prévention des dépendances et du non-usage du tabac :

- Système D : Ateliers de promotion de la santé et de prévention des dépendances en 6e année

L'Agence a également accompagné les CSSS dans l'offre de services liée à la prévention des maladies buccodentaires (suivi individualisé auprès des enfants à risque de carie et application d'agent de scellement sur les molaires permanentes).

Des cliniques jeunesse adaptées aux besoins des adolescents et des adolescentes

La démarche permettant de réviser l'offre de services de type « clinique jeunesse » dans les écoles secondaires de la région aura permis d'apporter des ajustements considérables dans l'accessibilité aux services en général (santé globale du jeune : santé sexuelle, santé mentale et SHV) ainsi que dans l'amélioration des trajectoires de services. Les travaux réalisés par l'Agence et les CSSS ont été soulignés par de nombreux acteurs de plusieurs régions, entre autres, lors de la présentation aux Journées annuelles de santé publique (JASP) 2014. Les travaux régionaux s'appuient sur des fondements théoriques rigoureux tout en étant réalistes et réalisables. De plus, ils ont influencé l'écriture du Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 en ce qui concerne la mise en œuvre des services de type « clinique jeunesse ».

Le soutien au développement ou à la consolidation d'initiatives concertées en sécurité alimentaire

L'Agence soutient la consolidation de mécanismes de concertation intersectorielle au niveau régional, diffuse les données sur l'insécurité alimentaire, documente la situation et les enjeux liés à la sécurité alimentaire, diffuse les pratiques prometteuses et favorise le partage d'expertises au sein des territoires locaux.

Parmi les actions réalisées en 2014-2015, signalons :

- un soutien financier à plusieurs organismes communautaires de la région qui a été alloué pour la réalisation d'activités en autonomie et en dépannage alimentaire;
- la coordination de l'évaluation de l'action partenariale Se nourrir, agir et se développer qui vise à accompagner les groupes de distribution alimentaire;
- le soutien à l'élaboration d'un état de situation de la sécurité alimentaire au Centre-du-Québec;
- l'état de situation régional sur la contribution des acteurs de santé publique au développement de la sécurité alimentaire;
- la formation en hygiène et salubrité offerte aux organismes communautaires et caritatifs en contexte d'aide alimentaire.

Prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

Les interventions multifactorielles de prévention des chutes s'adressent à l'ensemble des personnes de 50 ans et plus. Le programme DEBOUT!, le volet non personnalisé basé sur l'approche par les pairs, offre des activités d'éducation à la santé afin de favoriser de saines habitudes de vie, des comportements sécuritaires et l'adaptation mineure du domicile. Le programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) s'adresse aux personnes à risque de chute. L'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) est destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute. Les actions portent sur l'évaluation du risque de chute et on oriente ensuite le client vers une évaluation des multiples facteurs de risque. Ces programmes sont adaptés en fonction des caractéristiques des clientèles auxquelles ils s'adressent. Des crédits de développement alloués depuis 2011 permettent aux établissements de consolider et d'implanter leurs programmes. Le continuum est actuellement déployé dans tous les territoires et l'Agence en évalue la progression tout en offrant du soutien aux établissements dans leurs travaux, notamment par la formation des intervenants.

Les programmes en périnatalité et petite enfance

L'Agence soutient et accompagne les établissements dans la réalisation des travaux prévus avec le comité tactique 0-5 ans pour l'ensemble des programmes en périnatalité et en petite enfance. Depuis l'allocation des crédits en 2012, l'offre spécifique de services se poursuit relativement à l'avis de grossesse dans l'ensemble des territoires ainsi que l'offre de rencontres prénatales gratuites à l'ensemble de la clientèle. Se poursuivent également l'harmonisation de l'information prénatale, la systématisation du suivi postnatal pour toute la clientèle, le soutien en allaitement ainsi que le développement de l'expertise pour répondre aux problèmes complexes et, finalement, le suivi des familles des services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE). Des travaux régionaux ont permis d'améliorer l'offre de services aux familles en distinguant les SIPPE du Programme en négligence (PIN) afin de mieux répondre aux besoins des enfants et de leur famille.

L'avènement de l'avis de grossesse sur l'ensemble des territoires a permis de joindre un plus grand nombre de femmes enceintes augmentant du coup les demandes de services prénataux, dont celles du programme OLO, et de rencontres prénatales auprès des clientes multipares.

Suite à l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle en 2012, un rapport a été publié et des activités de diffusion des résultats ont eu lieu auprès de plusieurs instances ou territoires. Ces résultats confirment l'importance de la mobilisation régionale afin de soutenir les partenaires de la communauté dans le déploiement d'initiatives globales et concertées visant le développement global des enfants de 0 à 5 ans.

La tenue d'un groupe d'étude débuté en 2013 pour l'examen de consultante en allaitement (IBCLC) a permis d'accompagner quatre infirmières vers l'obtention du certificat de consultante en allaitement en 2014, ce qui augmente l'expertise locale en allaitement. Le Plan d'action régional sur le continuum de services en allaitement 2014-2018 présente, à partir de quatre orientations structurantes, les actions à prioriser en allaitement au niveau régional et local (CSSS, milieu communautaire et partenaires). Le plan d'action a été diffusé et des actions ont déjà été réalisées ou bonifiées. Par exemple, le soutien personnalisé offert aux CSSS a favorisé le transfert de la formation de base en allaitement (3 jours) pour les intervenants des CSSS et bénévoles. Six CSSS offrent maintenant la formation de base en allaitement facilitant ainsi l'accès aux formations en favorisant la proximité, l'adhésion et la création de liens entre divers intervenants d'un même territoire.

L'action intersectorielle

Des recherches nous indiquent que 65 % de l'état de santé d'une population est attribuable aux facteurs social et économique ainsi qu'à l'environnement physique. L'Agence s'associe à diverses initiatives qui permettent d'améliorer les conditions dans lesquelles les enfants, les jeunes, les adultes et les personnes aînées se développent, travaillent, communiquent et vivent.

Afin de renforcer la collaboration avec les partenaires régionaux des autres secteurs et favoriser l'action sur les principaux déterminants de la santé et du bien être, un bilan a été réalisé afin de préciser la nature et les lieux de collaboration de l'Agence. Nous pouvons conclure que l'Agence a été présente dans environ 48 instances/comités de concertation régionaux pertinents à plusieurs déterminants de la santé et du bien-être :

- qu'une majorité d'instances agit afin d'améliorer l'environnement social et les conditions économiques;
- qu'une majorité d'instances concerne la population générale et la famille, la jeunesse (principalement les 6-17 ans);
- qu'il y a moins d'instances concernées par les aînées.

Depuis, un enjeu est venu modifier la nature de l'implication intersectorielle, soit la réorganisation du réseau de la santé, les mesures de compression budgétaire et les abolitions d'instances qui mettent en péril la survie des partenariats.

Le développement des communautés

Dans le domaine du développement des communautés, la DSP travaille avec les CSSS afin qu'ils renforcent leur soutien aux initiatives locales pour l'amélioration des conditions de vie des plus vulnérables et qu'ils adaptent leurs interventions cliniques

selon la réalité des personnes qui reçoivent des services. De façon plus interne au réseau de la santé et des services sociaux, des orientations régionales pour la stratégie de soutien au développement des communautés ont été adoptées par le Comité régional des directeurs généraux (CRDG) en mars 2015. Ces orientations contribueront à renforcer le soutien aux initiatives locales pour l'amélioration des conditions de vie des plus vulnérables et à adapter les interventions cliniques selon la réalité des personnes qui reçoivent des services.

LE VOLET PROTECTION

Les maladies à déclaration obligatoire

Les maladies à déclaration obligatoire (MADO) sont des infections ou des maladies diagnostiquées par un médecin ou confirmées par un laboratoire qui doivent être obligatoirement déclarées aux autorités de santé publique afin que cette dernière puisse intervenir en vue de protéger la santé de la population. En 2014-2015, l'équipe en maladies infectieuses, qui assure une garde 24/7 au regard de ces déclarations, a assuré ainsi le suivi des 2 659 déclarations MADO reçues.

L'immunisation

Reconnue comme la mesure de santé publique la plus efficace et rentable, l'immunisation a contribué à sauver des vies et à éviter les complications liées à certaines maladies infectieuses. Toutefois, il ne faut pas considérer les réussites liées aux programmes de vaccination comme des acquis. Le succès de ces programmes repose sur la confiance de la population et sur le travail des professionnels de la santé. Débutée en 2013, une démarche régionale de révision de l'organisation de la vaccination chez les enfants de 0-5 ans, coordonnée par l'Agence avec le soutien d'une équipe de chercheurs de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), se terminera en mai 2015. Les travaux ont permis de réaliser un portrait détaillé de l'organisation des services de vaccination au sein de chaque CSSS et de l'équipe régionale de l'Agence. À partir de ce portrait, un modèle optimal d'organisation a été proposé et chaque CSSS a mis en œuvre un plan personnalisé pour améliorer l'organisation de la vaccination 0-5 ans.

L'année 2014-2015 marque aussi le déploiement du volet « Registre de vaccination » du Système d'information en protection des maladies infectieuses (SI-PMI), dans la mission CLSC des établissements de santé. Notre région a débuté les travaux en novembre 2014 pour officiellement compléter le processus le 16 février 2015. Le Registre de vaccination est un fichier informatisé provincial dans lequel sont inscrites les vaccinations reçues par une personne au Québec ainsi que celles reçues par un résident du Québec à l'extérieur de la province, après validation par un professionnel de la santé au Québec. Le Registre de vaccination du Québec permettra aux intervenants du réseau de la santé d'avoir accès rapidement, partout au Québec, à l'information disponible sur les vaccins reçus, d'éviter d'administrer un vaccin si ce n'est pas nécessaire et de communiquer rapidement avec un patient en cas de rappel d'un lot de vaccins ou lorsque d'autres doses d'un vaccin doivent être reçues.

La santé environnementale

La DSP est aussi responsable du dossier de la santé environnementale pour l'ensemble de la région. Parmi ses interventions en 2014-2015, signalons :

- Le projet *Ensemble et bien logé!* est une initiative régionale concertée qui vise à répondre à une priorité mauricienne : l'habitation. Par la collaboration intersectorielle, le transfert de connaissances et l'accès à l'information aux citoyens, les partenaires de l'habitation prennent part à la mise en œuvre d'actions communes telles que des protocoles de collaboration afin de mieux répondre aux situations d'insalubrité des différents territoires en Mauricie.

- Le travail de vigie et de protection relativement aux certificats d'analyse d'eau potable concernant la qualité microbiologique et physico-chimique des réseaux réglementés. Intervention auprès de 27 municipalités dans 42 cas différents.

- La réalisation de campagnes de presse et d'information sur les risques à la santé s'adressant aux citoyens et aux différents partenaires (municipalités, CSSS, etc.). Parmi les 15 sujets traités, citons les événements météorologiques extrêmes (chaleur, froid, inondation), l'eau potable, les punaises de lit et le monoxyde de carbone.

- L'analyse de nouveaux projets (usine de recyclage d'halocarbures à Bécancour, oléoduc) et la participation aux consultations du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE) comme spécialiste de la santé pour trois projets : exploitation des gaz de schiste, ligne de distribution électrique et usine de liquéfaction de gaz naturel.

- La réponse et le soutien technique à 130 demandes de service de la population sur différents sujets dont les 2/3 en lien avec des problèmes de qualité d'air à l'intérieur, les moisissures et les punaises de lit. Support auprès de regroupements de citoyens sur des problématiques collectives ou populationnelles (bruit généré par des éoliennes, projet d'aménagement d'une station d'essence, etc.).

- Suivi de l'analyse des risques nucléaires suite au déclassement de la centrale Gentilly-2.

La santé au travail

La CSST confie au réseau de la santé, par l'entremise de la directrice de santé publique, le mandat de la santé au travail. L'équipe régionale de santé au travail a pour mandat d'évaluer les programmes de santé, de collaborer aux démarches de l'équipe des MADO et d'élaborer, en collaboration avec les CSSS, les outils nécessaires pour offrir des services équitables et de qualité aux employeurs et travailleurs de la région. Aussi, dans le cadre des programmes de santé élaborés sur mesure pour chacune des entreprises ciblées en 2014, les deux CSSS gestionnaires de la santé au travail (de l'Énergie et Drummond) ont rendu des services dans presque la totalité des entreprises ciblées. En ce qui concerne le programme Pour une maternité sans danger (PMSD), l'ensemble des 2 518 demandes de consultation a été traité. De plus, des travaux ont été réalisés en cours d'année 2014 afin que le traitement du PMSD soit regroupé en une seule équipe dédiée au CSSS de l'Énergie au début de l'année 2015.

LE VOLET SURVEILLANCE-ÉVALUATION

Cette équipe veille à l'actualisation du Plan national de surveillance pour la région, et ce, en conformité avec les exigences de la Loi sur la santé publique. Elle réalise aussi, pour différentes clientèles et territoires, des portraits de l'état de santé, des analyses de problématiques de santé ainsi que des évaluations de programmes particuliers utiles à la prise de décision dans notre réseau et auprès des partenaires.

En 2014-2015, l'équipe a mis à jour les portraits de santé de la région et de chaque RLS. L'analyse des tableaux de bord pour l'exercice de la responsabilité populationnelle par RLS est complétée pour les 65 ans et plus et se poursuit pour les autres groupes d'âge. Aussi, plusieurs publications ont été faites touchant la consommation de médicaments prescrits des personnes âgées, les problèmes de santé de longue durée, l'étude des soldes migratoires et le profil linguistique de la population de langue maternelle anglaise de notre région. Des analyses des données du recensement fédéral de 2011 et de l'Enquête nationale auprès des ménages ont également été menées pour une meilleure connaissance des caractéristiques la population de la région. Le rapport de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2012, pour la région de la Mauricie-et-du Centre-du-Québec a également été déposé.

De plus, les données de mortalité et des signalements jeunesse ont également été mises à jour en vue de la sortie de la phase IV du rapport sur les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec ainsi que de la mise en ligne de la deuxième mouture de l'Atlas des inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec.

L'évaluation de l'implantation du programme IMP, dans le cadre d'un projet pilote Agence – CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska, a été présentée aux gestionnaires et intervenants du CSSS (décembre 2014). Cette évaluation a été réalisée dans l'optique de soutenir l'équipe du CSSS dans sa préoccupation de desservir le mieux possible sa clientèle.

L'automne 2014 et l'hiver 2015 ont été marqués par la production des bilans du Programme national de santé publique (PNSP) et du Plan d'action régional de santé publique (PARSP). La démarche d'évaluation associée aux bilans vise à apprendre de 2009-2015 dans l'optique d'une amélioration continue en vue des prochains PNSP 2015-2025 et PARSP 2015-2020.

LA COORDINATION INTERSECTORIELLE

LES AGRESSIONS SEXUELLES ET LA VIOLENCE CONJUGALE

- La sixième édition du Carrefour des pratiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale, tenue en juin 2014, a mobilisé près de 150 personnes provenant de tous les secteurs signataires de la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale et des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Les participants à cet événement ont pu échanger sur les pratiques de pointe en prévention, le dépistage et l'intervention auprès de victimes, des proches et des auteurs. Des initiatives des différents secteurs ont aussi été mises en lumière, pour ainsi favoriser le réseautage.

En 2014-2015, l'Agence est allée de l'avant avec l'élaboration d'un programme de formation pour les intervenants de première ligne des CSSS oeuvrant auprès des enfants 6-12 ans agressés sexuellement, des adolescents agresseurs et des familles confrontées à l'agression sexuelle. La faculté de criminologie de l'Université de Montréal a été mandatée par l'Agence afin d'élaborer cette formation. Pour ce faire, un groupe d'experts composé de quatre chercheurs provenant de différentes universités a été sollicité. Cette année, cette équipe a élaboré le contenu de la formation qui sera dispensée dans les deux prochaines années à des intervenants des CSSS.

En suivi du dépôt en novembre 2012 du Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, l'Agence a mis en place un comité de chercheurs et d'experts régionaux afin de documenter la problématique du vécu des hommes vivant une rupture amoureuse et qui peuvent poser des gestes violents sur eux-mêmes ou sur autrui. Ce comité propose deux actions :

- former les intervenants du réseau à la réalité que vivent les hommes en difficulté;
- sensibiliser les hommes à chercher de l'aide.

En décembre 2014, l'Agence a lancé un appel de projets aux groupes communautaires et aux établissements dans le cadre du Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale et du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle. Par cette initiative, cinq projets ont été financés :

- le CSSS de Trois-Rivières comme centre désigné pour répondre aux besoins médicosociaux des victimes d'agression sexuelle afin d'actualiser le protocole d'intervention de son établissement et pour soutenir les autres centres désignés de la région;
- le CRDITED MCQ – IU afin d'appuyer un projet de recherche « Mieux soutenir les personnes adultes présentant une déficience intellectuelle victimes d'une agression sexuelle – Volet 1 : Reconnaître les conséquences »;
- le CALACS Unies-vers-elles afin de produire une affiche de sensibilisation et de promotion des services en agression sexuelle de la région;
- le Centre de femmes de Shawinigan inc. afin de proposer à des femmes victimes d'agression sexuelle et de violence conjugale des ateliers d'art-thérapie ainsi que de présenter leurs œuvres lors d'une exposition;
- la maison d'hébergement La Volte-Face afin de produire des actions concertées pour les enfants exposés à la violence conjugale;
- le financement non récurrent pour l'organisme EMPHASE qui vient en aide aux hommes ayant vécu une agression sexuelle dans l'enfance.

Plusieurs formations ont également été offertes en Mauricie et au Centre-du-Québec :

- Deux formations de deux jours sur le Processus de domination conjugale (PDC) ont été dispensées auprès de 50 personnes du réseau de la santé et de services sociaux, des organismes communautaires et des services correctionnels de la région. De plus, 25 personnes ont reçu la formation « Les victimes face au système de justice : comment mieux les outiller » de l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes.

- Quatre formations sur l'intervention auprès des enfants déficients intellectuels ont été dispensées auprès des intervenants du centre jeunesse, des policiers et des procureurs de la poursuite criminelle et pénale.

- Vingt-cinq personnes ont été formées sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle. Ces intervenants provenaient des centres désignés.

Finalement, une motion de félicitations par le conseil d'administration de l'Agence a été transmise aux intervenantes désignées en violence conjugale des établissements de la région pour l'élaboration du manuel de formation *Démasquons la violence*.

L'ITINÉRANCE

Tout au long de l'année, l'Agence a poursuivi la mobilisation des partenaires de la région autour de la prévention et la réduction du phénomène de l'itinérance. D'une part, à titre de partenaire dans le déploiement de deux programmes fédéraux de contribution financière (SPLI et PSFTT) et, d'autre part, en assumant le soutien à la réalisation de mesures identifiées dans les orientations nationales (Politique nationale de lutte à l'itinérance et depuis décembre le Plan d'action interministériel en itinérance), entre autres, par la coordination du Comité directeur intersectoriel en itinérance de Trois-Rivières et la Table de concertation en itinérance de Drummondville. L'Agence a aussi assumé la diffusion de ces deux documents importants auprès des principaux partenaires concernés.

La Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI) 2011-2014 et 2014-2019

Responsable du projet de mise en œuvre des plans communautaires en itinérance pour les villes de Drummondville et Trois-Rivières, l'Agence a, depuis 2011, coordonné l'élaboration, soutenu la mise à jour, la réalisation et le suivi des plans présentés dans le cadre de ce programme fédéral. Toujours en regard de ce programme fédéral, l'Agence a coordonné à la fin de 2014 et au début de 2015 les travaux visant la mise à jour des plans communautaires des territoires de Drummondville et Trois-Rivières. Suite à l'acceptation de ceux-ci, l'Agence a lancé un appel de projets pour la réalisation d'actions concertées pour 2015-2019. Quatorze projets ont été reçus et analysés aux fins de recommandation au MSSS. De ce nombre, 12 ont été recommandés pour un financement.

Le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT)

Ce second programme fédéral vise l'amélioration de l'offre de services auprès de la clientèle en itinérance. Une première mesure, visant la réalisation de projets de réinsertion sociale, a permis la mise en œuvre de quatre projets : deux projets communautaires pour la mise en place d'agents de liaison à Trois-Rivières et Drummondville, un projet au Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec pour la liaison et un projet à l'Agence pour le Comité de soutien à l'intersectorialité aux autres régions du Québec.

L'action intersectorielle

L'Agence a poursuivi son travail de coordination et de soutien au Comité intersectoriel en itinérance mis en place en 2010. En décembre 2014, une journée bilan a été organisée et a regroupé plus de 90 personnes de Trois-Rivières et de certains autres territoires de la région. Plusieurs projets novateurs ont été présentés et des ateliers ont permis la consolidation de la concertation et du partenariat dans la région.

L'Agence a aussi relancé les travaux du Comité justice et itinérance pour tenter de mettre en place des protocoles visant à améliorer les interfaces et les liaisons entre le secteur de la justice et celui de la santé.

Enfin, il faut noter que l'Agence a poursuivi la coordination nationale, à la demande du MSSS, d'un groupe d'experts national pour soutenir la mise en place de comités directeurs intersectoriels dans plusieurs régions du Québec. Ce mandat s'est terminé à la fin de 2014.

L'année 2014-2015 a débuté par le dépôt de la Politique nationale de lutte à l'itinérance en février 2014, et, par la suite, par le lancement en décembre du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020. Ces orientations et propositions d'action ont été très positivement reçues par l'Agence et ses partenaires, car elles constitueront sans nul doute les bases sur lesquelles l'ensemble des services à consolider et à développer sera érigé.

LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES

Le Plan d'action régional pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2012-2015 a été adopté par le comité d'orientation régional le 30 mai 2012.

Les principales actions réalisées en 2014-2015 par le réseau de la santé et des services sociaux sont les suivantes :

- Une mise à jour du plan d'action régional a été effectuée et adoptée par le Comité d'orientation régional en février 2015. Ce plan d'action a, par la suite, fait l'objet d'une présentation à la Table régionale de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et déficience physique afin de faciliter le déploiement. Ce plan d'action est basé sur la responsabilité populationnelle et l'action en amont pour prévenir et contrer la maltraitance envers les aînés. Ainsi, le plan d'action contient maintenant une partie sur la promotion de la bientraitance envers les aînés.

- Un plan de diffusion du Guide de référence pour contrer la maltraitance a été élaboré et adopté par le Comité d'orientation régional. Ce plan a également été entériné par la Table régionale SAPA et déficience physique.

- Des ateliers d'appropriation du guide de référence ont été présentés. Trois ateliers s'adressaient aux cadres intermédiaires des directions SAPA des CSSS et un autre atelier a été tenu pour les partenaires multisectoriels.

- Une conférence de presse a eu lieu en juin 2014 afin de lancer le protocole d'entente sociojudiciaire concernant les formes criminelles de maltraitance envers les aînés. Cette entente regroupe la Sûreté du Québec, la Sécurité publique de Trois-Rivières, les 8 CSSS de la région, la Direction des poursuites criminelles et pénales, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- La poursuite de l'implantation du projet pilote de l'entente sociojudiciaire pour la Mauricie et le Centre-du-Québec.

- L'évaluation préliminaire de l'entente sociojudiciaire. Ce bilan préliminaire a fait l'objet de présentations au Comité régional sur l'entente sociojudiciaire et aux directeurs membres de la Table régionale SAPA et déficience physique.

- L'entente sociojudiciaire suscite de l'intérêt dans plusieurs régions du Québec ainsi, plusieurs présentations ont été effectuées afin de faire connaître l'entente. Le Secrétariat aux aînés suit les travaux de près et est intéressé à soutenir un déploiement provincial de l'entente.

- Le CSSS Cavendish qui a formé deux nouveaux formateurs pour deux établissements de la région.

- Soulignons que la mobilisation des partenaires intra et intersectoriels de la région est animée par le dynamisme de l'Agence dans la prévention et la lutte à la maltraitance envers les aînés.

SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ

Politique ministérielle de sécurité civile

En mai 2014, lors de la tenue de son Forum annuel en sécurité civile, le MSSS rendait publique sa Politique ministérielle de sécurité civile « santé et services sociaux ». À travers cette politique, le MSSS, mais également le réseau de la santé et des services sociaux, seront à même d'assumer leurs responsabilités en sécurité civile ces prochaines années. Pour la Mauricie et le Centre-du-Québec, qui a collaboré de manière soutenue à son élaboration, la mise en œuvre de cette politique sera facilitante afin de poursuivre les travaux en vue de doter la région d'une structure intégrée, efficace et intéressante de sécurité civile au sein du réseau sociosanitaire.

Graduellement, les objectifs identifiés par la politique deviendront une référence importante dans l'élaboration d'une planification stratégique en sécurité civile à l'Agence et dans tout le réseau. L'engagement de tous les acteurs à respecter l'esprit de la politique ministérielle sera au cœur des organisations. Les premiers travaux en lien avec les objectifs de la politique se font d'ailleurs dans ce sens.

Préparation régionale pour la prise en charge d'un cas de maladie à virus Ebola

Au printemps 2014, les signes que l'épidémie d'Ebola qui sévissait alors dans plusieurs pays d'Afrique occidental pouvait traverser les frontières, voire les océans, devenaient tangibles. La communauté internationale s'est donc mobilisée afin d'empêcher la propagation du virus au-delà des pays touchés. Le Québec s'est inscrit dans ce mouvement et a invité les directions régionales de santé publique à y souscrire rapidement. À l'automne, devant la multitude des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux impliqués dans la démarche, le MSSS a décidé d'activer les mécanismes de coordination ministériels et régionaux de sécurité civile afin d'assurer une plus grande cohésion et efficacité dans les activités de préparation.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, des rencontres régulières pendant plusieurs semaines au sein des instances de concertation entre le MSSS et l'Agence, entre l'Agence et les établissements et entre l'Agence et les partenaires régionaux ont permis à l'ensemble des acteurs interpellés par le risque que constitue le virus Ebola d'implanter des mesures efficaces de surveillance, d'alerte, de mobilisation et d'intervention afin de prendre en charge rapidement une personne atteinte, si cela se présentait sur le territoire.

Catastrophe à Lac-Mégantic, un retour d'expérience

Afin de pouvoir échanger avec les personnes de l'Agence de l'Estrie impliquées dans l'intervention à Lac-Mégantic lors de la catastrophe de juillet 2013, une rencontre spéciale a été organisée, à la demande des membres du comité de planification et d'intervention en sécurité civile (COPIN). Tous les membres des COPINS des agences de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Estrie et de Chaudière-Appalaches se sont donc donné rendez-vous à Sherbrooke afin de profiter ensemble d'une description précise et d'un retour d'expérience exceptionnel des représentants de l'Estrie en lien avec le déroulement des événements, mais également de leurs témoignages concernant le rôle de coordination et l'expertise des instances régionales lors d'interventions d'urgence sur le territoire.

Cette rencontre a aussi permis aux personnes présentes d'identifier certaines pistes de solution relativement à l'organisation régionale de sécurité civile. De même, certains participants ont prévu organiser dans les prochains mois des activités spécifiques afin de développer une vision commune et des outils dans leur domaine d'intervention en sécurité civile.

LES MÉCANISMES D'INFORMATION ET DE CONSULTATION DE LA POPULATION

Au cours de la dernière année, une démarche de consultation interne a été amorcée avec le comité de vigilance et de la qualité dans le but de soutenir l'élaboration d'un plan permettant à l'Agence d'associer les moyens et les modalités de communication appropriés aux objectifs qu'elle poursuit en matière d'information et de consultation de la population.

En vertu de la LSSSS, l'Agence doit prévoir des modalités, développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus (art. 340). L'inventaire dressé fait état de plusieurs axes de communication et de consultation déjà investis. Entre autres, des travaux de refonte du site Internet de l'Agence ont été entrepris pour le rendre plus convivial. Dans ce contexte, cet exercice de révision des pratiques s'inscrit dans une perspective d'adaptation et d'amélioration continue. L'exercice pose aussi le défi de concilier la finalité qui sous-tend cette responsabilité avec le rôle particulier de l'Agence comme instance de coordination régionale dont les activités sont en bonne partie de nature administrative.

La section suivante fait état des résultats obtenus en cours d'année relativement aux objectifs poursuivis dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action 2013-2015 du Plan stratégique régional 2010-2015.

Les onglets en marge des textes identifient les axes d'intervention auxquels ils sont rattachés.

PLAN D'ACTION
RÉGIONAL 2013-2015 :
ÉTAT D'AVANCEMENT

Section 2

1ER ENJEU : ACTION CONCERTÉE SUR LES DÉTERMINANTS ET RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Axe 1

RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Les objectifs poursuivis par l'exercice de la responsabilité populationnelle rendent incontournables de travailler avec les partenaires intersectoriels pour soutenir le développement des communautés et agir sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Dans la dernière année, des travaux imposants ont été menés afin de se doter d'une stratégie régionale. Un cadre de référence a été adopté en décembre 2014 et élaboré par un groupe de travail regroupant des représentants de tous les établissements. Les travaux étaient sous la coordination de la Direction régionale de santé publique. Par la suite, il a été convenu de se doter d'un plan d'action régional pour le CIUSSS MCQ en matière de responsabilité populationnelle. Des travaux sont en cours dans ce sens.

2E ENJEU : ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET HIÉRARCHISATION DES SERVICES

ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

Axe 2.1

AUGMENTER LA PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE ORPHELINE

L'accessibilité aux services médicaux de 1re ligne constitue une priorité à laquelle l'amélioration du fonctionnement des GACO peut contribuer. L'organisation d'un accueil clinique permet aussi des gains importants à cet égard en facilitant l'accès aux ressources diagnostiques et spécialisées pour les médecins œuvrant en 1re ligne.

Depuis la mise en application de la lettre d'entente nº 245 relative à la rémunération des médecins, tous les médecins désirant se prévaloir des forfaits de prise en charge des guichets d'accès aux clientèles orphelines se sont inscrits auprès du GACO de leur territoire. Au terme de l'année 2013-2014, 83 % des omnipraticiens de la région participent à un GACO.

Pour sa part, l'Agence a soutenu les établissements dans le démarrage des travaux d'implantation de l'accueil clinique et dans les travaux menés pour consolider l'organisation des GACO. Le financement octroyé a ainsi permis de compléter les équipes, de rendre disponible un formulaire d'inscription en ligne et, enfin, d'inscrire et de prioriser la clientèle dans le système informatique prévu à cette fin.

CONSTATS

- En mars 2015, 75 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est inscrite auprès d'un médecin de famille, comparativement à 65 % en mars 2010. On observe ainsi une amélioration depuis quelques années. Néanmoins, la région éprouve encore des difficultés quant à l'accès aux services médicaux de 1re ligne et les répercussions sont généralement plus marquées pour les personnes dont l'état de santé nécessite un suivi médical régulier.
- Dans le RLS de la Vallée-de-la-Batiscan, la proportion de la population qui est inscrite auprès d'un médecin de famille est passée d'environ 63 % à 68 % au cours de la dernière année.
- En 2014-2015, 21 978 personnes ont été inscrites à un GACO et plus de 42 %, soit 9 316 d'entre elles ont été référées à un médecin de famille. Depuis la création des GACO en 2009, c'est 86 004 personnes qui ont été inscrites et 55 623 d'entre elles qui ont été référées à un médecin de famille.
- La vaste majorité des médecins de la région participent au GACO de leur territoire.

ASSURER LES LIENS CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES ENTRE LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET LES CSSS

Le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable a terminé ses travaux en vue de l'implantation d'un accueil clinique. Les premiers protocoles sont en place depuis l'automne 2014. Par ailleurs, le CSSS de Trois-Rivières a déployé son accueil clinique auprès des trois CSSS voisins, permettant d'améliorer l'accès à des services spécialisés pour la clientèle des CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan, de Bécancour–Nicolet-Yamaska et de Maskinongé.

ACCROÎTRE LA DISPONIBILITÉ DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

- Le déploiement des IPS-SPL a pour but d'améliorer l'offre et l'accès aux soins et services médicaux de première ligne en favorisant la prise en charge de nouveaux clients et en répondant aux besoins populationnels non comblés, en partenariat avec le médecin de famille. La région poursuit l'objectif de titulariser 44 IPS-SPL d'ici 2017.

- Au cours de l'année 2014-2015, sept IPS-SPL ont été engagées pour s'ajouter à celles déjà en fonction depuis l'année précédente pour un total de 28 infirmières praticiennes titularisées pour la région.

- L'Agence assure son rôle de leadership mobilisateur en soutenant les comités locaux d'implantation de la pratique IPS-SPL et les directrices de soins infirmiers des CSSS sous différents aspects : le recrutement de médecins partenaires, l'identification et la préparation des milieux de stage et de pratique, la priorisation régionale auprès du DRMG ainsi que l'élaboration des ententes de partenariat. L'Agence appui des projets novateurs afin de développer de nouveaux milieux de pratique pour les IPS-SPL, soit en priorisant le jumelage d'une prestation en GMF et en services courants, en soins à domicile et en CHSLD.

- De plus, l'Agence interpelle au besoin le MSSS, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec ainsi que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec afin de régler certaines questions relatives à l'encadrement clinique et légal de la pratique clinique des IPS-SPL. Enfin, l'Agence participe activement à la liaison entre les milieux de stage et le Département de sciences infirmières de l'UQTR.

CONSTATS

Sept infirmières praticiennes spécialisées ont amorcé leur pratique dans la région en 2014-2015 :

- une au CSSS Drummond;
- deux au CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska;
- une au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable;
- deux au CSSS de Trois-Rivières;
- une au CSSS de l'Énergie.

La région compte actuellement 28 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.

Axe 2.2

ACCÈS AUX SERVICES DIAGNOSTIQUES ET MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

ASSURER UN ACCÈS AUX CHIRURGIES

Les demandes inscrites pour les chirurgies d'un jour et avec hospitalisation de la hanche, du genou et de la cataracte ont toutes été traitées dans les délais requis de six mois, et même au-delà de la norme recommandée de 90 % par le MSSS.

RÉSULTATS

- Chirurgies d'un jour : 94,9 %
- Arthroplastie totale de la hanche : 96,0 %
- Arthroplastie total du genou : 93,9 %
- Chirurgie de la cataracte : 97,2 %
- Chirurgie avec hospitalisation : 98,1 %

ASSURER UN ACCÈS AUX SERVICES DIAGNOSTIQUES

En 2014-2015, l'imagerie médicale a été priorisée parmi l'ensemble des services diagnostiques. Plusieurs actions démarrées au cours des dernières années ont été reconduites notamment :

- la poursuite de l'entente de collaboration en imagerie par résonance magnétique (IRM) entre les CSSS de Trois-Rivières et de l'Énergie;
- la révision de l'organisation du travail et l'ajout de plages horaires en tomodensitométrie dans plusieurs CSSS, ce qui a permis d'atteindre la cible fixée par le MSSS, soit trois mois;
- la poursuite du développement de la fonction de technologue autonome en échographie dans les CSSS de Trois-Rivières et de l'Énergie ainsi que des nouveaux projets aux CSSS Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable (diminution de 26 % de la liste d'attente régionale).

Par ailleurs, dans la poursuite des travaux débutés en 2013-2014 et en collaboration avec les différents groupes d'experts impliqués, il a été possible d'identifier les actions régionales à mettre en oeuvre au cours de la prochaine année afin de débuter l'harmonisation des outils et des pratiques. De plus, des travaux sur la pertinence de certains examens en imagerie médicale ont débuté au cours de l'année. Un premier algorithme, adopté par les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des établissements concernés, a été transmis à l'ensemble des médecins de la région. La diffusion de cet algorithme permettra d'augmenter l'accessibilité globale aux examens d'IRM. D'autres algorithmes devraient être déployés en 2015-2016.

Axe 3.1

INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION DANS LE CONTINUUM DE SERVICES

SOUTENIR L'INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION DANS LES SERVICES CLINIQUES DE PREMIÈRE LIGNE

Un des rôles attendus des professionnels de la santé est d'accompagner leur client dans un processus de changement de comportements liés à la modification des habitudes de vie ou à l'adoption de comportements sécuritaires. Afin de soutenir les cliniciens (médecins et professionnels de la santé) dans le développement de leur pratique de counselling, deux formateurs régionaux offrent depuis 2014-2015, en collaboration avec l'INSPQ, une formation sur l'optimisation de la pratique de counselling par l'utilisation de l'entretien motivationnel aux professionnels de la région.

Dépendances

Conformément au plan de mise en oeuvre des orientations régionales en dépendances, l'ensemble des CSSS a mis en place ou est en voie d'implanter graduellement des actions visant la détection, le repérage, l'orientation et la référence en matière de dépendances. De la formation a été offerte en ce sens. De plus, une attention spéciale est portée envers les clientèles ayant des besoins particuliers et la majorité des CSSS réalisent une détection systématique à l'accueil-évaluation-orientation-référence lors d'une demande de services ou durant le suivi. Le bilan des orientations régionales en dépendances est en cours et devrait être déposé au début de l'automne 2015.

Négligence

Au 31 mars 2015, cinq des huit CSSS de la région assurent l'accessibilité aux cinq types d'activités prévues dans le cadre du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC-2). Il s'agit des CSSS de Trois-Rivières, de l'Énergie, Drummond, d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de Maskinongé. Les trois autres CSSS travaillent activement à la mise en œuvre de tous les volets de ce même programme et devraient atteindre cet objectif au 31 mars 2016.

Axe 3.2

HARMONISATION, HIÉRARCHISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES

METTRE EN ŒUVRE LE MODÈLE DE GESTION INTÉGRÉE DES MALADIES CHRONIQUES DANS LES HUIT TERRITOIRES DE LA RÉGION

En 2012, le MSSS publiait le Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. Les actions prioritaires à réaliser à cet égard portent sur le développement des services de première ligne intégrés en prévention et en gestion des maladies chroniques, sur le soutien des pratiques interdisciplinaires de l'équipe de première ligne et sur la consolidation d'une trajectoire entre les services de première ligne et les services spécialisés.

Un premier bilan a été réalisé au mois de janvier 2015 par tous les établissements de la région afin de démontrer l'évolution de l'organisation de services pour ce secteur d'activités. Il s'avère que l'ensemble des établissements a mis en place des mécanismes permettant de soutenir les intervenants dans leur pratique clinique et de les appuyer par une organisation intégrée de services. C'est notamment le cas avec la mise en place d'un formulaire de référence unique pour l'inscription des patients aux différentes cliniques, et ce, dans plusieurs établissements de la région.

Toutefois, l'harmonisation des pratiques et des outils en place dans chaque établissement devra être réalisée afin d'optimiser les actions à l'égard de cette clientèle.

AJUSTEMENT DE L'ORGANISATION DES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES PRÉSENTANT DES PROBLÉMATIQUES MULTIPLES ET COMPLEXES

Le CRDITED MCQ – IU et le CSSS de l'Énergie ont été mandatés par l'Agence pour mettre en oeuvre les mesures du *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples*. Au 31 mars 2015, trois des quatre mesures sont considérées comme opérationnelles. En effet, la ressource de transition offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive pour la clientèle DI-TSA présentant un trouble grave du comportement est effective. De plus, les constats cliniques et organisationnels de la dernière année ont mené à fusionner le Service d'évaluation externe et le Centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement. À ce jour, demeure le Service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaire qui pose des difficultés d'actualisation, de sorte que l'Agence a procédé à une analyse d'impact à cet égard. La résultante de cette démarche se veut un outil d'aide à la décision pour les dirigeants à l'égard d'un positionnement régional permettant l'actualisation d'une réponse aux besoins d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaire pour la clientèle présentant des problématiques multiples et complexes associées à un haut risque de passage à l'acte auto et hétéroagressif.

À la lumière des constats de l'analyse d'impact concernant le service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaire, le Comité de pilotage stratégique multiproblématique et le CRDG conviennent en décembre 2014 de la nécessité de se doter régionalement d'un modèle de type ressource d'assistance continue (RAC) intégré dans la communauté en distinguant l'hospitalisation de l'hébergement sécuritaire.

Considérant qu'un des risques de la mise en oeuvre d'une RAC consiste en un taux de saturation du milieu, la fluidité du continuum d'hébergement apparaît comme un incontournable. Par conséquent, le CRDG a mandaté la Direction des services sociaux de l'Agence de la mise en oeuvre de travaux régionaux concernant le continuum d'hébergement et des activités cliniques associées afin de s'assurer d'une meilleure utilisation de l'ensemble des ressources de la région. Les résultats de ces travaux seront disponibles au courant de l'été 2015 et seront sans aucun doute d'une aide précieuse pour les décideurs régionaux.

La proactivité de notre réseau régional à l'égard de l'organisation des services à dispenser aux personnes présentant des problématiques multiples est reconnue, de sorte que d'autres régions s'y réfèrent et s'en inspirent. Néanmoins, malgré cet état de fait, il importe de reconnaître que les services à dispenser à la clientèle présentant des problématiques multiples et complexes défient le contour de l'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux, de sorte que l'avancement de ce dossier demeure complexe et appelle à un leadership transformateur de la part des décideurs régionaux et du corps médical.

POURSUIVRE LA RÉALISATION DU PLAN RÉGIONAL CONTRE LE CANCER

Les CSSS offrant des services de coloscopie dans la région ont tous poursuivi les travaux entrepris afin d'épurer leur liste d'attente. L'implantation du nouveau test de dépistage du cancer colorectal a été réalisée pour l'ensemble des territoires, facilitant ainsi la poursuite des actions à mettre en place dans ce secteur d'activités. Par ailleurs, un plan d'action régional pour la mise à niveau des unités d'endoscopie digestive a été déposé en début mars 2015 au MSSS. Les établissements sélectionnés par le MSSS seront connus d'ici peu.

L'implantation du registre régional du cancer se poursuit et la saisie des données pour l'année 2014 est en voie d'être complétée selon les échéanciers prévus régionalement. L'atteinte des cibles ministérielles en terme de saisie de données a été réalisée et même surpassée.

De plus, dix lits additionnels dédiés aux soins palliatifs ont été mis en fonction en date du 5 janvier 2015 suite à l'ouverture de la nouvelle maison de soins palliatifs René-Verrier sur le territoire de Drummondville, incluant le transfert des trois lits de l'unité René-Verrier située à Drummondville.

Quant à l'offre de soins palliatifs à domicile, elle a été bonifiée en 2013-2014 et celle-ci a été maintenue en 2014-2015 selon les cibles prévues. Les crédits de développement ont été dédiés à l'amélioration de l'offre de services en soins palliatifs à domicile pour les services professionnels et l'aide à domicile (activités de la vie quotidienne) ont été octroyés. Les équipes ont été consolidées selon les réalités locales. Le nombre d'usagers rejoint est de 1 903, soit une augmentation de 72 usagers comparativement à 2013-2014. Le nombre d'interventions visées a été maintenu et dépassé, cela représente 51 653 interventions, soit une augmentation de 2 604 interventions par rapport à l'année précédente et une augmentation de 5,3 % qui s'ajoute au 18,8 % d'augmentation de 2013-2014. De plus, des services de répit s'ajoutent à cette offre de services. Près de 227 usagers en ont bénéficié, soit pour un total de 19 592 heures.

Une partie de ces heures est offerte par les deux projets en soutien communautaire en soins palliatifs à domicile qui ont été retenus par le MSSS. Ceux-ci poursuivent le développement de leur offre de services en répit, en accompagnement et en soutien personnalisé aux proches aidants. Il s'agit du projet des Services René-Verrier en partenariat avec le CSSS Drummond et de celui du CSSS de Bécancour– Nicolet-Yamaska en partenariat avec les deux entreprises d'économie sociale du territoire.

CONSTATS

- En 2014-2015, ouverture de dix lits additionnels dédiés aux soins palliatifs dans la région.
- Le nombre d'usagers rejoints en soins palliatifs à domicile est de 1 903, soit une augmentation de 72 usagers comparativement à 2013-2014. Le nombre d'interventions a également connu une augmentation de 5,3% qui s'ajoute au 18,8 % d'augmentation de 2013-2014.

POURSUIVRE LA RÉALISATION DU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE

Jeunesse

En ce qui a trait aux jeunes, on observe une amélioration puisque les établissements de la région ont rejoint 1 521 jeunes en 2014-2015, alors que 1 463 jeunes avaient bénéficié des services de 1re ligne en santé mentale en 2013-2014. Cela représente une augmentation de 3,96 % et place la région au 4e rang dans l'ensemble du Québec. Il est important de mentionner que tous les CSSS de la région comptent une équipe en santé mentale jeunesse de 1re ligne.

On observe également une grande amélioration en ce qui a trait au nombre de jeunes dont les services de 2e et 3e ligne ont débuté à l'intérieur d'un délai de 60 jours. En effet, les résultats de 2014-2015 indiquent que 132 jeunes ont attendu plus de 60 jours, comparativement à 179 pour la même période en 2013-2014. Cela représente une diminution de 26,3 % du nombre de jeunes qui attendent plus de 60 jours avant de recevoir des services de 2e et 3e ligne en santé mentale.

Services de 1re ligne pour la clientèle adulte

L'implantation du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 a mené à un virage important relativement à l'organisation des services. Plusieurs actions découlent de la mise en oeuvre du PASM. D'abord, chaque CSSS bénéficie des services d'une équipe en santé mentale adulte de 1re ligne. En 2012-2013, l'Agence a également coordonné les travaux d'un comité régional afin d'élaborer un cadre de référence portant sur les services en santé mentale de 1re ligne. Ce cadre de référence *Les services de première ligne et la hiérarchisation des services en santé mentale pour la clientèle adulte* présente le modèle d'organisation des services souhaité pour la région. On y propose 58 mesures selon quatre grandes orientations et, au 31 mars 2015, sept CSSS sur huit avaient déposé à l'Agence leur bilan d'implantation.

En ce qui concerne la population adulte souffrant de troubles mentaux et nécessitant des services de 1re ligne, 4 001 personnes ont été rejointes en 2014-2015, comparativement à 3 883 en 2013-2014. Cela représente une augmentation de 3 %.

Services de 2e ligne pour la clientèle adulte

Au 31 mars 2015, 231 personnes attendaient depuis plus de 60 jours avant d'avoir accès aux services de 2e ligne en santé mentale adulte, alors que 460 personnes étaient en attente à la même date l'an dernier. Cela représente une diminution substantielle de 49,8 % dans la région.

Des travaux régionaux afin de définir le contour de l'offre de services de 2e ligne en santé mentale adulte ont été amorcés en 2014-2015. Ainsi, un comité de travail a émis des recommandations relativement à l'offre de services en santé mentale de 2e ligne. Trois de ces recommandations ont été priorisées par le CRDG et la Table santé mentale et dépendances. Les voici :

1. Sur le plan régional, fournir aux équipes médicales, et ce, avec la collaboration des CSSS, des balises appuyées sur les meilleures pratiques afin de faciliter leur processus d'évaluation de leur modèle de fonctionnement (règles d'admission et de prise en charge des patients) qui favorise une accessibilité optimale des services.

2. Dans les CSSS qui dispensent des soins et des services psychiatriques, mettre en place, dans les cliniques externes (incluant les cliniques spécialisées), une équipe de base formée de plusieurs catégories de professionnels dont le nombre et la composition seront déterminés à partir de balises formulées régionalement.

3. Que les CSSS définissent des mécanismes de continuité entre tous les services offerts en santé mentale, en s'inspirant notamment des recommandations formulées à cet effet dans le document *Bâtir dans l'unité – Cadre de référence sur les services de 1re ligne et la hiérarchisation des services en santé mentale pour la clientèle adulte.* Les CSSS devront établir des procédures qui assurent une application systématique de ces mécanismes.

L'Agence a élaboré un plan d'action afin de mettre en oeuvre ces recommandations. Entre autres, les chefs de département en psychiatrie ont établi des critères régionaux d'admission et de suivi en ce qui a trait à l'hospitalisation de courte durée en psychiatrie.

De plus, l'Agence a proposé une démarche au CRDG afin de revoir l'offre de services en lien avec l'hospitalisation de longue durée pour le traitement et la réadaptation auprès des personnes adultes présentant un trouble mental grave afin d'analyser les obstacles à l'accessibilité. Une revue de littérature sur les bonnes pratiques a été effectuée ainsi que des visites d'unités hospitalières qui offrent ce type de services et une analyse des données statistiques de la région. Nous présenterons sous peu une proposition d'un modèle régional d'organisation des services sous forme de projet pilote aux gestionnaires de la région.

Trouble des comportements alimentaires (TCA)

En 2015, l'Agence et l'UQTR ont formalisé une entente de collaboration en ce qui a trait à la problématique des TCA reposant sur trois volets : la recherche, la formation et l'intervention. Cette association contribuera à développer, dans le cadre d'un projet pilote, une offre de services régionale adaptée aux besoins spécifiques de notre région. De plus, l'UQTR a déjà commencé à offrir de la formation sur le dépistage et l'intervention auprès des personnes qui présentent un TCA aux intervenants de la région.

CONSTATS

- Augmentation de 3,96 % des services de 1re ligne en santé mentale jeunesse plaçant la région au 4e rang au Québec.
- Diminution de 26,3 % (attente plus de 60 jours) pour des services de 2e et 3e ligne en santé mentale jeunesse.
- Augmentation de 3 % des services de 1re ligne pour les adultes souffrant de troubles mentaux.
- Diminution substantielle de 49,8 % (attente de 60 jours) pour des services de 2e ligne en santé mentale adulte.

POURSUIVRE LA RÉALISATION DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE

Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience constitue une priorité régionale depuis le début de son implantation en 2008-2009. Avec l'atteinte des cibles ministérielles en 2013-2014 ainsi qu'au terme de l'année financière 2014-2015, force est de constater que l'implantation du plan d'accès est complétée, et ce, dans l'ensemble des établissements.

D'ailleurs, le dernier rapport d'avancement de l'implantation du plan d'accès réalisé annuellement par le MSSS indiquait que notre région avait le plus haut taux de respect des délais d'accès, soit 94 %, ex aequo avec la région du Saguenay.

À ce propos, il est important de souligner que l'actualisation ainsi que l'atteinte des cibles visées sont le fruit de l'investissement déployé par tous les acteurs concernés dans le réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En effet, tous les établissements de notre région, tant en 1re ligne qu'en 2e ligne, ont été très proactifs au cours des dernières années afin de mettre en place les mécanismes nécessaires pour faciliter l'accès à leurs services et optimiser leur processus de réception, d'analyse, d'orientation et de codification des nouvelles demandes de services pour les personnes ayant une déficience.

Enfin, mentionnons que la poursuite du plan d'accès, tant pour le respect des délais d'accès que pour le déploiement des autres composantes (ex. : standards de continuité), demeure une priorité ministérielle pour les années à venir. Cependant, le plan d'accès dans sa forme actuelle devra évoluer après 2015 afin de favoriser le déploiement d'un réseau intégré de services.

POURSUIVRE LA RÉALISATION DU PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES ORIENTATIONS RÉGIONALES EN DÉPENDANCES

La poursuite de l'implantation du programme Vire au vert a permis de déployer les activités sur le territoire du CSSS de Trois-Rivières. Ainsi, l'Agence a soutenu le CSSS Drummond et le CSSS de Trois-Rivières en collaboration avec le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec afin que des adolescents et des adolescentes présentant une consommation de substances psychoactives préoccupante bénéficient de services visant à réduire le risque d'apparition d'un problème de consommation plus sévère. Vire au vert devrait permettre de rejoindre davantage de jeunes et d'améliorer les services d'intervention précoce offerts dans la région. Ce programme est en cours d'évaluation par des chercheurs de la Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées de l'UQTR.

Afin de favoriser l'amélioration des connaissances et des compétences des intervenants oeuvrant auprès des personnes dépendantes et afin d'assurer l'atteinte des objectifs visés concernant la détection, le repérage, l'orientation et la référence en matière de dépendances, l'Agence coordonne l'offre de formation aux intervenants des CSSS de différents secteurs d'activités.

POURSUIVRE LA RÉALISATION DE L'OFFRE DE SERVICES POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE

Troubles du comportement

Au 31 mars 2015, l'ensemble des CSSS du territoire ont mis en place une équipe pour les troubles de comportement chez les 12-18 ans et plusieurs ont réorganisé les services afin d'inclure les enfants 5-12 ans présentant un trouble du comportement et leur famille.

La région a opté pour la mise en place du programme Services intégrés pour adolescents et leur famille (SIAF), un programme jugé prometteur.

Crise

Au 31 mars 2015, le protocole d'arrimage portant sur l'intervention en situation de crise a été déployé et convenu entre le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec et les CSSS. Toutefois, les modalités d'intervention en situation de crise doivent être améliorées, notamment au niveau de la fluidité.

Plan de formation régional

L'année 2014-2015 a permis d'actualiser les formations du plan de formation régional du programme-services Jeunes en difficulté. La région a organisé cinq formations différentes pour les intervenants psychosociaux de la région. Au total c'est plus de 140 intervenants des CSSS et du Centre jeunesse qui ont été rejoints. De plus, 3 cohortes de formation Intervention orientée sur les solutions (IOS) ont été offertes dans le cadre du projet d'optimisation.

Projet d'optimisation

Au printemps 2013, la Table régionale enfance, jeunesse, DI-TSA était mandatée par le CRDG pour la mise en oeuvre du projet d'optimisation concernant l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services pour les jeunes en difficulté de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Le projet était alors intégré aux priorités régionales 2013-2015. Ce projet, qui cible les jeunes qui transigent entre les services de première ligne et ceux du Centre jeunesse pour qui une multitude de services ont été offerts sans s'avérer concluants, a été réalisé en 2014-2015 par une chargée de projet. Les recommandations sont maintenant connues de l'ensemble des territoires qui se donnent comme objectif de les mettre en oeuvre afin de mieux desservir leur clientèle, par une trajectoire de services et une complémentarité d'intervention améliorées.

PLAN RÉGIONAL SUR LE VIEILLISSEMENT : MISE EN PLACE DE L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

Régionalement, la planification des six composantes de l'Approche adaptée à la personne âgée (soutien à l'implantation, gouvernance clinique, formation et activités de coaching, algorithme de soins cliniques à la personne âgée, interventions cliniques et évaluation de la qualité) est réalisée et l'implantation de chaque composante se poursuit.

L'ensemble des CSSS avec mission hospitalière a implanté la composante 1, soit celle du soutien à l'implantation. Cette composante consiste à inscrire l'approche dans la planification stratégique de l'organisation et d'effectuer une démarche de diagnostic organisationnel sur la situation qui prévaut quant aux soins et services aux personnes âgées en centre hospitalier.

Par ailleurs, la majorité des CSSS ont implanté la seconde composante, soit celle de la gouvernance clinique. Dans cette composante, le CSSS doit former une équipe de professionnels dont l'expertise en soins aux personnes âgées est reconnue et qui agira à titre de comité aviseur auprès du comité d'implantation. De plus, le CSSS doit assurer la disponibilité d'équipes interprofessionnelles de base (ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, pharmacien et travailleur social) pour le service des urgences et les unités d'hospitalisation (soins intensifs, médecine, chirurgie, psychiatrie) où sont admises les personnes âgées.

De nombreux efforts ont été faits pour le déploiement de la formation et des activités de coaching sur le vieillissement normal et pathologique, l'environnement, le syndrome d'immobilisation et le délirium qui constituent la composante 3. La composante 4 est largement implantée, elle vise la mise en place d'algorithmes de soins cliniques à la personne âgée qui permettent d'effectuer le dépistage et le repérage du déclin fonctionnel, de mettre en place des modalités de transfert d'informations pertinentes et de planifier le départ à domicile.

La composante 5 est en cours d'implantation, elle porte sur les interventions cliniques qui permettent d'appliquer des interventions systématiques à toutes les personnes âgées de 75 ans et plus, selon l'évaluation de leur condition. Elle s'appuie sur l'utilisation de l'outil AINÉES à l'urgence et dans chaque unité visée.

La composante 6 permet d'évaluer la qualité et de mesurer l'implantation de bonnes pratiques associées à l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Des indicateurs de structure, de processus et de résultats ont été identifiés dans chaque établissement. Plusieurs moyens ont été développés, tels des audits et des tableaux de bord qui nous permettent de témoigner des progrès dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

AUGMENTER LE NOMBRE DE PLACES EN RESSOURCES RÉSIDENTIELLES DE PROXIMITÉ POUR LES PERSONNES ATTEINTES D'UNE DÉFICIENCE OU D'INCAPACITÉS SIGNIFICATIVES

Afin d'améliorer l'accessibilité aux ressources résidentielles en DI-TSA, le CRDITED MCQ – IU s'était engagé à maintenir les 16 places déjà créées en 2012-2013 et créer l'ouverture de l'équivalent de 14 nouvelles places ou plus en ressources intermédiaires (RI) ou en ressources de type familial (RTF) pour la clientèle DI-TSA. Il devait également parvenir à diminuer le nombre de personnes en attente d'hébergement ainsi que le délai moyen d'attente en hébergement.

Les derniers résultats transmis par l'établissement nous indiquent qu'il y a eu l'ouverture de huit places depuis le 1er avril 2014. De plus, 16 usagers étaient en attente à la P10 comparativement à 24 au 31 mars 2014. Le délai d'attente a également diminué cette année, passant de 179 jours d'attente à la P10 comparativement à 392 jours au 31 mars 2014.

Le CRDITED MCQ – IU explique les résultats atteints en soulignant que l'ouverture de places est un défi de tous les jours. Décès et relocalisation sont des éléments expliquant le retard de l'ouverture des places. De plus, il souligne qu'une baisse constante de la liste d'attente est constatée. Actuellement, 16 personnes sont en attente d'une place en hébergement. De ce nombre, près de 10 usagers sont en attente de répit, réduisant de façon considérable la liste d'attente pour du placement continu.

Ainsi, avec la réalisation des placements, le délai moyen d'attente ne cesse de diminuer.

Places en ressources résidentielles de proximité en lien avec le Plan d'action régional pour la mise en œuvre du Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013

En cours d'année, 56 places ont été créées en ressources résidentielles de proximité pour les personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience ou de problèmes de santé mentale et autres). Ces places s'ajoutent aux 278 places déjà créées depuis 2011-2012.

Places en CHSLD occupées par des personnes de moins de 65 ans

Par la mise en œuvre du plan de services intégrés, une diminution de 10 % des places occupées en CHSLD par des personnes de moins de 65 ans était attendue. Selon les données au 31 mars 2015, 140 personnes de moins de 65 ans sont hébergées en CHSLD dans notre région. Il s'agit d'une diminution de 13 personnes comparativement au 31 mars 2014, ce qui représente une baisse de 8,5 %.

CONSTATS

- En 2014-2015, 56 nouvelles places créées en ressources résidentielles de proximité.
- Baisse de 8,5 % du nombre de personnes de moins de 65 ans hébergées en CHSLD.

3E ENJEU : QUALITÉ ET EFFICIENCE DES SERVICES À LA POPULATION

Axe 4.2

INTÉGRATION ET CIRCULATION D'INFORMATION CLINIQUE ET DE GESTION

METTRE EN ŒUVRE LES PROJETS STRUCTURANTS DU PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES (PSRRI)

La région s'est donnée une vision commune avec le PSRRI 2010-2015, élaboré en concertation et avec la participation de l'ensemble des directeurs généraux des établissements.

- La finalité du PSRRI est la circulation de l'information : optimiser, normaliser, intégrer et faciliter la circulation d'information clinique et de gestion dans un contexte de mobilité des intervenants et des usagers.

- Pour atteindre cette finalité, une série de chantiers structurants ont été entrepris touchant à tous les aspects des ressources informationnelles (RI) : gouvernance, gestion de projets, sécurité, systèmes d'information, optimisation des infrastructures et de leur support.

Actions significatives entreprises dans le cadre du PSRRI 2010-2015

Les premiers gestes réalisés dans le cadre du PSRRI, répondant à l'esprit de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement, ont été les suivants :

- la mise en place d'un modèle de gouvernance régional des RI, relevant directement du CRDG;

- la mise en place du bureau de projets : c'est l'outil opérationnel pour assurer l'analyse, la planification, le suivi des projets RI et atteindre les résultats escomptés.

En 2014-2015, les travaux suivants ont été poursuivis :

- **Dossier clinique informatisé régional (DCIR) :** La région a poursuivi la préparation de ce projet crucial d'informatisation des établissements mené conjointement avec la région du Bas-Saint-Laurent. Le dossier d'affaire initial est maintenant déposé et nous sommes en attente du MSSS pour l'approbation de celui-ci avant l'appel d'offres.

- **Dossier Santé Québec :** Pour notre région, le DSQ est un élément clé pour compléter l'informatisation des cliniques médicales (DMÉ) et des établissements (DCIR). Voici les actions entreprises :
  - L'ensemble des systèmes d'imagerie médicale des établissements de la région alimente le DSQ.
  - Le rehaussement des systèmes locaux de laboratoire vers un système régional normalisé est complété et permet d'alimenter le DSQ.
  - L'ensemble des pharmacies déployables l'ont été pour alimenter et consulter le DSQ. La région a atteint et dépassé la cible du nombre de sites et d'utilisateurs du DSQ.

Axe 5.3

GESTION DES RISQUES

ASSURER LA PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS ET DES SERVICES DANS TOUS LES ÉTABLISSEMENTS

Ce volet est traité dans la première section, dans la rubrique portant sur la qualité et la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, à la page 41 du rapport annuel de gestion.

MAINTENIR LES TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES EN DEÇÀ DES SEUILS ÉTABLIS

Pour l'année 2014-2015, 100 % des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la région ont un taux d'infections nosocomiales inférieur ou égal aux seuils établis.

Axe 6.1

ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU RÉSEAU

POURSUIVRE LA RÉALISATION DES TABLEAUX DE BORD RÉGIONAUX DE GESTION DE LA PERFORMANCE DES CONTINUUMS MALADIES CHRONIQUES ET PERSONNES ÂGÉES

Afin de suivre et d'améliorer plusieurs dimensions de la performance des services à la population, notamment l'accessibilité, l'efficacité et la continuité des services, deux tableaux de bord sont actuellement alimentés par un même entrepôt de données et directement des systèmes d'information des établissements. Ces tableaux de bord permettent d'apprécier la performance régionale des continuums de services pour le soutien aux personnes âgées et pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques. Ils sont disponibles dans les CSSS ayant participé au projet, de même qu'au niveau de l'Agence.

L'exploitation des indicateurs et l'utilisation de l'information dans la gestion des services obligent une amélioration de la qualité des données et de la pertinence des informations produites dans la gestion des services. Ce processus est en cours.

MAINTENIR LA COLLABORATION ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA FONCTION D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU RÉSEAU

Le CRDG incluant l'Agence a institué le Regroupement pour l'amélioration de la performance régionale. Composé de répondants de chaque établissement et de l'Agence, quatre rencontres se sont tenues pour élaborer le plan d'action, assister à des présentations de la Direction adjointe à l'évaluation de la performance au MSSS, du bureau du Commissaire à la santé et au bien-être, des établissements et de l'Agence. En plus d'avoir partagé leurs connaissances, expertises et outils, sous la responsabilité de la Direction générale adjointe de l'Agence, le Regroupement a produit :

- un rapport synthèse des principaux constats du Commissaire à la santé et au bien-être sur la performance du système de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- une modélisation du processus générique de l'amélioration continue ainsi qu'une boîte à outils qui vise à soutenir les gestionnaires dans la réalisation de chacune des étapes, et ce, pour les trois phases d'évaluation, de transformation et de pérennisation des résultats.

4E ENJEU : GESTION RENOUVELÉE DES RESSOURCES HUMAINES

PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Axe 8.1

Le plan de main-d'œuvre permet de dresser un portrait de la situation au 31 mars, d'identifier les problématiques, d'aider à la prise de décision et à la planification des actions en ce qui a trait à la planification de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux. Annuellement, il importe de mettre à jour les plans de main-d'œuvre locaux, de même que le plan de main-d'œuvre régional afin d'assurer les soins de santé et les services sociaux à la population.

Tel que prévu, tous les établissements de la région ont produit et déposé leur plan local de main-d'œuvre avant l'échéance du 30 septembre 2014. Par la suite, l'Agence a complété l'exercice pour produire le plan régional de main-d'œuvre et le déposer au MSSS avant le 30 novembre 2014. Afin de soutenir les établissements dans la production de leur plan, une session de formation et des outils ont été mis à la disposition des responsables de la planification de main-d'œuvre de chacune des organisations.

À noter que les plans de main-d œuvre sont également diffusés auprès des partenaires de l'éducation et de l'emploi qui sont fort intéressés à arrimer les besoins de main-d'œuvre en santé à leurs services.

Qualité de vie au travail

Tous les établissements sont engagés dans un programme visant l'amélioration du climat de travail. Cinq établissements ont obtenu leur certification, soit le CRDP InterVal avec Planetree et les suivants, avec Entreprise en santé : Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska, CRDITED MCQ – IU et Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. À ce jour, tous les autres établissements non certifiés sont en implantation de la démarche Entreprise en santé et devraient obtenir leur certification d'ici le 31 mars 2016.

Optimisation de l'utilisation des ressources

Depuis 2013, huit établissements de la région se sont engagés dans des projets d'organisation du travail découlant des conventions collectives, plus particulièrement des comités paritaires nationaux intersyndicaux. Au total, ce sont 19 projets locaux, répartis dans quatre catégories qui ont été réalisés avant le 31 mars 2015. On retrouve des projets pour le personnel œuvrant auprès de la clientèle ayant des troubles graves du comportement (TGC), pour le personnel œuvrant auprès des clientèles CHSLD, pour le personnel de catégorie 4, soit les techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux au niveau psychosocial et de la réadaptation et, enfin, des projets visant à réduire le temps supplémentaire et le recours à la main-d'œuvre indépendante. Un financement et une structure d'encadrement très importante étaient offerts par le MSSS pour soutenir ces projets, d'une durée de 12 ou 15 mois, et s'assurer de leurs impacts et de leur pérennité dans les établissements. Les impacts de ces projets ont commencé à être constatés dans les établissements et ceux-ci ont produit des outils prêts à être utilisés et adaptés dans d'autres établissements.

Assurance salaire

Afin de contrer les problèmes d'absentéisme pour cause de maladie, la Table régionale des responsables des ressources humaines, en collaboration avec l'AQESSS, a mis en place une communauté de pratiques avec tous les responsables des bureaux de santé des établissements. Cette communauté avait pour mandat d'amener les services de santé à réviser et optimiser leurs processus de gestion des dossiers d'assurance salaire. Au cours de la dernière année, chacun des établissements a mis en oeuvre un plan d'action et a apporté des changements dans son organisation du travail. Les impacts de cette révision

ont commencé à influencer les résultats de l'assurance salaire puisque plusieurs établissements ont vu leur ratio s'améliorer de période en période au cours de la dernière année.

CONSTATS

- Au 31 mars 2015, la région présente un ratio d'assurance salaire de 6,07 % (6,17 % en 2013-2014) alors que l'engagement initial était de 5,39 %.

- En matière de temps supplémentaire pour les infirmières, nous complétons l'exercice avec un pourcentage de 4,51 % (4,87 % en 2013-2014) alors que l'engagement était de 4,55 %. Pour l'ensemble du personnel, le taux se situe à 2,98 % (3,26 % en en 2013-2014) comparativement à la cible de 2,84 %.

- Finalement, le recours à la main-d'œuvre indépendante pour les infirmières se situe à 0,30 % (0,39 % en 2013-2014) comparativement à notre engagement fixé à 0,72 %. Pour les infirmières auxiliaires, on constate un pourcentage de 0,10 % (0,24 % en 2013-2014) alors que l'engagement était de 0,27 % et pour les préposés aux bénéficiaires, le taux se situe à 0,09 % (0,23 % en 2013-2014) par rapport à un engagement de 0,11 %.

LA GESTION
DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Section 3

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Par le Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC), l'Agence apporte à ces organismes un soutien financier complémentaire à la contribution de la communauté. Deux autres objectifs sont traduits dans les actions portées par l'Agence, soit reconnaître et promouvoir l'action des organismes communautaires et leur offrir le soutien et l'information nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

LA GESTION DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

LA RECONNAISSANCE

La Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec balise l'analyse des demandes de reconnaissance. La politique détermine clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, énonce les caractéristiques définissant un organisme communautaire et introduit la notion de non-dédoublement des organismes sur un même territoire. Dans le cadre du programme SOC, la reconnaissance comme organisme communautaire est préalable à l'obtention d'un soutien financier en mission globale.

En 2014-2015, un nouvel organisme a obtenu sa reconnaissance à titre d'organisme communautaire. Cependant, deux organismes ont perdu cette reconnaissance à la suite de l'application de l'article 4 – Gestion des situations particulières de la Convention de soutien financier 2012-2015 dans le cadre du financement en soutien à la mission globale des organismes communautaires œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux

LE SOUTIEN FINANCIER

Les sommes dédiées aux organismes communautaires ont été attribuées en conformité avec les balises du programme SOC, les orientations ministérielles et régionales, le *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec,* et la Convention de soutien financier 2012-2015.

Cette année encore, une attention particulière a été portée à la reddition de comptes produite par chaque organisme communautaire subventionné. L'Agence procède à l'analyse des documents en tenant compte des balises et de la procédure établies par le MSSS. Un suivi est effectué relativement aux obligations de reddition de comptes de chaque organisme financé. De plus, compte tenu des difficultés rencontrées, 20 organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier au cours de la dernière année.

CONSTATS

- Au 31 mars 2015, l'Agence reconnaît 223 ressources à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Durant l'année financière 2014-2015, l'Agence a octroyé du financement à 222 organismes en mission globale dans le cadre du programme SOC. De plus, 27 organismes ont été financés uniquement par activités spécifiques. Ce sont donc 249 organismes communautaires qui ont été soutenus financièrement par l'Agence au cours de cette période.

Programmes-services financés

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	**11**
Déficience intellectuelle	7
Troubles envahissants du développement	4
Déficience physique	**25**
Déficience physique	14
Déficiences multiples	11
Dépendances	**16**
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	12
Hébergement mixte	4

Programmes-services financés (suite)

Jeunes en difficulté	**57**
Organismes de justice alternative	7
Maisons de jeunes	34
Autres ressources jeunesse	14
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2
Perte d'autonomie liée au vieillissement	**25**
Maintien à domicile	10
Centres d'action bénévole	15
Santé mentale	**29**
Santé mentale	29
Santé physique	**15**
Santé physique	11
Cancer	1
Maisons agréées de soins palliatifs	3
Santé publique	**46**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	18
Personnes démunies	25
VIH/sida	3
Services généraux, activités cliniques et d'aide	**25**
Orientation et identité sexuelles	1
Concertation et consultation générale	1
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	7
Centres de femmes	7
Autres ressources pour femmes	1
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	4
Ressources pour hommes	4
Sous-total	**249**
Organismes financés exclusivement par activités spécifiques	27
Organismes financés en mission globale au Programme de soutien aux organismes communautaires	**222**

L'AUGMENTATION DU BUDGET DESTINÉ AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence apporte un soutien financier à la mission globale à 222 organismes communautaires, répartis dans 26 catégories. On estime à près de 17 000 le nombre de personnes impliquées dans la réalisation de la mission de ces groupes. Ces individus, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, permettent la réalisation d'activités diversifiées, dont :

- accueil, écoute, évaluation, soutien, aide, accompagnement et référence;
- mise en place et animation de groupes d'entraide;
- aide directe à la population (banques alimentaires, prêts de matériel, comptoirs vestimentaires);
- réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques (prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements);
- soutien à la réinsertion sociale;
- hébergement pour différents groupes de la population (femmes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes alcooliques ou toxicomanes, personnes atteintes du sida ou de la maladie d'Alzheimer, personnes itinérantes).

Évolution du budget alloué aux organismes communautaires	2014-2015		2013-2014	
Mission globale	34 535 146 $	87 %	34 104 908 $	88 %
Activités spécifiques	5 251 547 $	13 %	4 739 693 $	12 %
Total	**39 786 693 $**		**38 844 601 $**	

L'augmentation des crédits consentis en 2014-2015 aux organismes communautaires de la région totalise un montant de 942 092 $.

Les principaux investissements récurrents réalisés dans ce programme ont été les suivants :

- 344 827 $ représentant une indexation de 0,9 %;
- 116 018 $ attribués entre les organismes de la catégorie Personnes démunies n'ayant pas atteint la base de financement qui leur est reconnue.

De plus, quelques allocations ont été faites sur une base non récurrente :

- 147 145 $ répartis entre les six organismes qui assurent les services de supervision des droits d'accès (SDA);
- 39 495 $ alloués à la Table régionale des organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux (TROC) pour défrayer les coûts inhérents à la réalisation des activités du Programme régional de formation dédié aux organismes communautaires;
- 20 000 $ octroyés à un organisme dans le cadre du Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie.

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	Budget total 2014-2015	Budget total 2013-2014	Variation
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT			
Déficience intellectuelle			
Arche Mauricie inc.	387 708 $	384 250 $	1 %
Association des personnes déficientes intellectuelles Bécancour - Nicolet-Yamaska	158 383 $	156 970 $	1 %
Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie	136 723 $	135 503 $	1 %
L'Association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	89 271 $	88 475 $	1 %
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	74 539 $	73 874 $	1 %
Parrainage civique Drummond inc.	93 551 $	92 717 $	1 %
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	83 713 $	82 966 $	1 %
	1 023 888 $	**1 014 755 $**	**1 %**
Troubles envahissants du développement			
Autisme - Centre-du-Québec	70 803 $	70 171 $	1 %
Autisme Mauricie	128 167 $	127 024 $	1 %
Centre de stimulation l'Envol	108 288 $	107 322 $	1 %
Les Horizons ouverts	183 886 $	182 246 $	1 %
	491 144 $	**486 763 $**	**1 %**
DÉFICIENCE PHYSIQUE			
Déficience physique			
Association de la surdité du Centre du Québec[1]	7 344 $	7 278 $	1 %
Association de paralysie cérébrale région Mauricie et Centre du Québec	72 106 $	71 463 $	1 %
Association des personnes handicapées de Drummond inc.	70 882 $	70 250 $	1 %
Association des personnes malentendantes de la Mauricie	59 035 $	58 508 $	1 %
Association des personnes malentendantes des Bois-Francs	62 312 $	61 756 $	1 %
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie-Centre-du-Québec inc.	82 417 $	81 682 $	1 %
Association éducative et récréative des aveugles	40 000 $	30 000 $	33 %
Association des personnes handicapées actives de Mékinac[1]	84 891 $	84 134 $	1 %
Association sourds, malentendants Centre-du-Québec inc.[2]	11 549 $	46 197 $	-75 %

[1] Organismes ayant changé de dénomination sociale en 2014-2015
[2] Organisme ayant perdu sa reconnaissance et son financement en 2014-2015

	Budget total 2014-2015	Budget total 2012-2013	Variation
Déficience physique (suite)			
Centre pour handicapés physiques des Bois-Francs inc.	248 706 $	246 488 $	1 %
Coup de main Mauricie	114 925 $	113 900 $	1 %
H.S.I. Handicaps Soleil inc.	77 740 $	77 047 $	1 %
Handicap action autonomie Bois-Francs	90 109 $	89 305 $	1 %
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie	43 251 $	23 566 $	84 %
	1 065 267 $	**1 061 574 $**	**1 %**
Déficiences multiples			
« La source » Association des personnes handicapées du Haut St-Maurice inc.[3]	83 462 $	82 718 $	1 %
APEVAH des Chenaux[1]	68 918 $	68 303 $	1 %
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	82 042 $	81 310 $	1 %
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	104 123 $	103 194 $	1 %
Association des parents d'enfants handicapés de Drummond inc.[3]	82 327 $	81 593 $	1 %
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour	102 285 $	101 373 $	1 %
Association des personnes handicapées de l'Érable inc.	87 336 $	86 557 $	1 %
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	117 845 $	116 794 $	1 %
L'Amis-temps des Bois Francs	121 686 $	120 601 $	1 %
L'association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	79 150 $	78 444 $	1 %
L'Évasion, service de gardiennage et de répit	125 624 $	124 503 $	1 %
	1 054 798 $	**1 045 390 $**	**1 %**
DÉPENDANCES			
Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances			
Action toxicomanie Bois-Francs	88 674 $	87 883 $	1 %
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.	97 646 $	96 775 $	1 %
Centre de réadaptation Wapan	54 260 $	53 776 $	1 %
Centre d'entraide Aux rayons du soleil inc.	54 062 $	53 580 $	1 %
Centre l'Étape du bassin de Maskinongé inc.	88 673 $	87 882 $	1 %
La relance Nicolet-Bécancour inc.	88 673 $	87 882 $	1 %
Le grand chemin inc.	456 943 $	460 450 $	-1 %
Maison « Réso » de la Mauricie[4]	66 308 $	87 882 $	-25 %
Maison Carignan inc.	263 222 $	260 874 $	1 %

[1] *Organismes ayant changé de dénomination sociale en 2014-2015*
[4] *Organisme ayant perdu sa reconnaissance et son financement en 2014-2015*

	Budget total 2014-2015	Budget total 2013-2014	Variation
Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances (suite)			
Maison de sobriété Trois-Rivières inc.	73 238 $	72 585 $	1 %
Pavillon de l'assuétude	518 313 $	513 690 $	1 %
Unité Domrémy de Plessisville inc.	100 525 $	99 628 $	1 %
	1 950 537 $	**1 962 887 $**	**-1 %**
Hébergement mixte			
Centre Le havre de Trois-Rivières inc.	569 498 $	551 564 $	3 %
Centre Roland-Bertrand[1]	538 852 $	535 687 $	1 %
Ensoleilvent	367 502 $	364 224 $	1 %
Maison de transition de la Batiscan	380 221 $	376 830 $	1 %
	1 856 073 $	**1 828 305 $**	**2 %**
JEUNES EN DIFFICULTÉ			
Organismes de justice alternative			
Aux trois pivots	470 246 $	466 052 $	1 %
Avenues citoyennes Organisme de justice alternative	143 503 $	142 223 $	1 %
Commun accord organisme de justice alternative	206 882 $	205 037 $	1 %
L'alter égaux, Organisme de justice alternative	85 684 $	84 920 $	1 %
Organisme de justice alternative Volteface	258 959 $	256 649 $	1 %
Pacte Bois-Francs inc.	208 523 $	206 663 $	1 %
Ressources alternatives Maskinongé	88 893 $	88 100 $	1 %
	1 462 690 $	**1 449 644 $**	**1 %**
Maisons de jeunes			
« L'eau-vent » (maison de jeunes)	105 687 $	104 744 $	1 %
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	117 696 $	116 646 $	1 %
Carrefour jeunesse de Shawinigan (Maison des jeunes de Shawinigan)	114 664 $	113 641 $	1 %
Comité liaison Adolescents-parents	89 652 $	88 852 $	1 %
Défi-jeunesse du Haut St-Maurice inc.	113 506 $	112 494 $	1 %
La corporation de la maison des jeunes	104 744 $	99 850 $	5 %
La Fréquence Inc.	117 696 $	116 646 $	1 %
La maison de jeunes « Au bout du monde » de St-Paulin	103 275 $	102 354 $	1 %
La maison des jeunes Au cœur des montagnes	93 832 $	92 995 $	1 %
La maison des jeunes de Plessisville inc.	111 413 $	110 419 $	1 %

[1] *Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2014-2015*

	Budget total 2014-2015	Budget total 2013-2014	Variation
Maisons de jeunes (suite)			
La traversée 12-18 ans inc.	111 832 $	110 834 $	1 %
L'accueil jeunesse Grand'Mère inc.	114 979 $	113 641 $	1 %
L'association des groupes de jeunes des Hauts-Reliefs	93 832 $	92 995 $	1 %
Local action jeunes	84 756 $	84 000 $	1 %
Maison de jeunes Le transit	100 543 $	99 646 $	1 %
Maison de jeunes L'éveil jeunesse de Louiseville inc.	111 833 $	110 835 $	1 %
Maison de quartier de Drummondville inc.	117 696 $	116 646 $	1 %
Maison des jeunes « La destination 12-17 » inc.	125 406 $	124 287 $	1 %
Maison des jeunes « Le chakado »	83 960 $	83 211 $	1 %
Maison des jeunes de Bécancour	66 763 $	66 167 $	1 %
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban L'index	87 000 $	87 040 $	0 %
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond	90 052 $	89 249 $	1 %
Maison des jeunes de Saint-Cyrille de Wendover	99 065 $	98 181 $	1 %
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-des-Saults	43 251 $	40 914 $	6 %
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud	90 052 $	89 249 $	1 %
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.	70 245 $	69 618 $	1 %
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain	67 658 $	67 055 $	1 %
Maison des jeunes de St-Germain	93 832 $	92 995 $	1 %
Maison des jeunes de Wickham	64 994 $	64 414 $	1 %
Maison des jeunes du Bas St-François	85 205 $	84 445 $	1 %
Maison des jeunes La forteresse	71 158 $	70 523 $	1 %
Partenaires 12-18/Érable	83 401 $	82 657 $	1 %
Partenaires action jeunesse Mékinac	68 641 $	68 029 $	1 %
Trait d'union de Victoriaville	120 101 $	119 030 $	1 %
	3 219 363 $	**3 189 196 $**	**1 %**
Autres ressources jeunesse			
Centre social et récréatif St-Sacrement	16 147 $	16 003 $	1 %
Espace Bois-Francs	134 729 $	133 527 $	1 %
Espace Mauricie	144 519 $	143 230 $	1 %
Gentilly Transit jeunesse	54 284 $	53 800 $	1 %
Grands frères et grandes sœurs de Trois-Rivières	43 251 $	23 566 $	84 %
Le refuge La piaule du Centre du Québec inc.	272 462 $	172 861 $	58 %
Le TRASH – Travail de rue a Shawinigan	43 850 $	42 468 $	3 %

	Budget total 2014-2015	Budget total 2013-2014	Variation
Autres ressources jeunesse (suite)			
Maison Marie Rivier de Drummondville inc.	81 616 $	80 888 $	1 %
Organisme Centretien de Nicolet et régions	72 807 $	82 158 $	-11 %
Point de rue	253 588 $	247 467 $	2 %
Répit jeunesse	97 100 $	96 234 $	1 %
Toit Jef inc.	93 420 $	92 587 $	1 %
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	93 420 $	92 587 $	1 %
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	93 420 $	92 587 $	1 %
	1 494 613 $	**1 369 963 $**	**9 %**
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse			
Maison Habit-action de Drummondville inc.	420 895 $	423 569$	-1 %
Maison Raymond Roy	413 832 $	410 141 $	1 %
	834 727 $	**833 710 $**	**0 %**
PERTES D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT			
Maintien à domicile			
Association des aidants naturels du bassin de Maskinongé « Mains tendres »[1]	100 900 $	100 000 $	1 %
Association des personnes aidantes de la Vallée-de-la-Batiscan	100 900 $	100 000 $	1 %
Association des personnes proches aidantes de Bécancour-Nicolet-Yamaska	100 900 $	100 000 $	1 %
Association des personnes proches aidantes Drummond	100 900 $	100 000 $	1 %
Association des proches aidants Arthabaska-Érable[2]	703 879 $	694 720 $	1 %
Carpe Diem – Centre de ressources Alzheimer	710 213 $	703 879 $	1 %
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	100 900 $	100 000 $	1 %
Services René-Verrier[3]	201 800 $	66 667 $	203 %
Société Alzheimer du Centre du Québec	400 677 $	397 103 $	1 %
Soutien à domicile des Chenaux	22 000 $	22 000 $	0 %
	1 940 090 $	**1 789 649 $**	**8 %**
Centres d'action bénévole (CAB)			
Carrefour d'action bénévole du Haut St-Maurice	156 209 $	154 816	1 %
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francs	331 003 $	328 051 $	1 %
Centre d'action bénévole de Grand'Mère inc.	209 586 $	207 718 $	1 %

[1] Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2014-2015
[2] Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2014-2015
[3] Organisme ayant changé de catégorie en 2014-2015

	Budget total 2014-2015	Budget total 2013-2014	Variation
Centres d'action bénévole (CAB) (suite)			
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Bécancour	250 132 $	247 902 $	1 %
Centre d'action bénévole de la Moraine	148 072 $	146 751 $	1 %
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	193 971 $	192 241 $	1 %
Centre d'action bénévole de l'Érable	216 839 $	214 906 $	1 %
Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	165 291 $	163 817 $	1 %
Centre d'action bénévole des Riverains	148 072 $	146 751 $	1 %
Centre d'action bénévole Drummond inc.	422 130 $	418 366 $	1 %
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	157 324 $	155 921 $	1 %
Centre d'action bénévole du Rivage	228 069 $	226 035 $	1 %
Centre d'action bénévole Laviolette	408 439 $	404 796 $	1 %
Centre d'action bénévole Mékinac	158 904 $	157 487 $	1 %
Le centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	295 277 $	292 643 $	1 %
	3 489 318 $	**3 458 201 $**	**1 %**
SANTÉ MENTALE			
Santé mentale			
Accalmie : Accompagnement et hébergement pour personnes suicidaires	345 297 $	342 217 $	1 %
Association des parents et amis du malade émotionnel du Centre du Québec inc.	181 221 $	179 604 $	1 %
Association Le P.A.S.	178 900 $	177 304 $	1 %
Atikamekw Sipi – Conseil de la Nation Atikamekw	13 182 $	13 064 $	1 %
Centre de prévention suicide Arthabaska-Érable inc.*	177 253 $	181 604 $	-2 %
Centre de prévention suicide du Haut Saint-Maurice	127 964 $	126 822 $	1 %
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond	204 130 $	214 753 $	-5 %
Centre prévention suicide Les deux rives	424 667 $	396 093 $	7 %
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie.	173 402 $	169 687 $	2 %
Mékinac, inc.	174 963 $	173 402 $	1 %
Groupe d'entraide « L'entrain »	191 067 $	189 362 $	1 %
Groupe d'entraide Facile d'accès	139 682 $	138 436 $	1 %
Groupe d'entraide La lanterne	224 390 $	222 390 $	1 %
La chrysalide Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	377 686 $	374 317 $	1 %
La passerelle, Association de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale de Bécancour-Nicolet-Yamaska	137 649 $	136 421 $	1 %

** Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2014-2015*

	Budget total 2014-2015	Budget total 2013-2014	Variation
Santé mentale (suite)			
La ruche aire-ouverte inc.	176 667 $	175 091 $	1 %
L'avenue-libre du bassin de Maskinongé inc.	147 508 $	146 192 $	1 %
Le gyroscope du bassin de Maskinongé	119 200 $	118 136 $	1 %
Le périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM)	167 325 $	165 832 $	1 %
Le phénix, ECJ, Centre Mauricie/Mékinac[1]	182 078 $	180 454 $	1 %
Le traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	237 084 $	234 969 $	1 %
Les parents-partenaires inc.	127 918 $	126 777 $	1 %
Pivot Centre-Du-Québec	236 483 $	234 373 $	1 %
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	92 510 $	92 712 $	0 %
Réseau d'aide Le tremplin inc.	593 349 $	588 056 $	1 %
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	386 196 $	382 751 $	1 %
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	216 941 $	215 006 $	1 %
TDA/H Mauricie Centre du Québec	53 782 $	53 302 $	1 %
	6 110 061 $	**6 050 172 $**	**1 %**
SANTÉ PHYSIQUE			
Santé physique			
Association de la fibromyalgie Mauricie / Centre-du-Québec	68 537 $	67 926 $	1 %
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	67 546 $	66 944 $	1 %
Association des personnes aphasiques de la Mauricie	69 288 $	68 670 $	1 %
Association des traumatisés crânio-cérébraux, Mauricie/Centre du Québec	87 093 $	106 316 $	-18 %
Diabète Bois-Francs	61 740 $	61 189 $	1 %
Épilepsie Mauricie Centre-du-Québec	92 826 $	91 998 $	1 %
Hépatites ressources	110 183 $	109 200 $	1 %
La fondation des traumatisés crânio-cérébraux Mauricie Bois-Francs inc.	57 275 $	56 764 $	1 %
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Centre-du-Québec	47 856 $	46 438 $	3 %
Société canadienne de la Sclérose en plaques, section Mauricie	74 474 $	73 810 $	1 %
Société Parkinson Mauricie/Centre-du-Québec inc.	70 630 $	70 000 $	1 %
	807 448 $	**819 255 $**	**-1%**

[1] *Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2014-2015*

	Budget total 2014-2015	Budget total 2013-2014	Variation
Cancer			
Le ruban rose	69 161 $	68 544 $	1 %
	69 161 $	**68 544 $**	**1 %**
Maisons agréées de soins palliatifs			
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	434 345 $	431 839 $	1 %
Maison Marie Pagé	306 000 $	112 339 $	172 %
Maison René-Verrier[1]	158 365 $	—	–
	898 710 $	**544 178 $**	**65 %**
SANTÉ PUBLIQUE			
Contraception, allaitement, périnatalité, famille			
Allaitement-soleil	72 502 $	71 855 $	1 %
Association des familles monoparentales ou recomposées	19 322 $	15 891 $	22 %
La source	14 383 $	19 322 $	-26 %
Association Parents-ressources des Bois-Francs	19 778 $	19 601 $	1 %
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.	87 892 $	83 144 $	6 %
F.A.I.R.E (Familles d'appui et intervention pour un réseau d'entraide)	2 321 $	2 300 $	1 %
La parenthèse, Service droits d'accès	15 327 $	18 829 $	-19 %
Le lien Maison de la famille	1 575 $	1 561 $	1 %
Le rendez-vous familial inc.	2 386 $	2 365 $	1 %
Maison de la famille des Chenaux	16 443 $	16 296 $	1 %
Maison de la famille du bassin de Maskinongé	18 048 $	22 026 $	-18 %
Maison de la famille, Drummond inc.	16 046 $	15 902 $	1 %
Maison des familles Chemin du Roi inc.	1 051 $	12 935 $	-92 %
Maison des familles de l'Érable	17 428 $	17 273 $	1 %
Maison des familles de Mékinac	15 933 $	15 790 $	1 %
Maison des familles du Rivage	4 958 $	4 914 $	1 %
Maternaide du Québec	93 324 $	92 492 $	1 %
Ressource parent-ailes	26 386 $	26 151 $	1 %
	522 767 $	**528 667 $**	**-1 %**

[1] *Organisme ayant été reconnu en 2014-2015*

	Budget total 2014-2015	Budget total 2013-2014	Variation
Personnes démunies			
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	125 977 $	124 853 $	1 %
Carrefour d'entraide Drummond inc.	120 165 $	131 093$	-8 %
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	91 793 $	91 070 $	1 %
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	113 898 $	112 882 $	1 %
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	75 996 $	75 318 $	1 %
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	114 671 $	113 648 $	1 %
Centre du Plateau Laval	136 838 $	135 618 $	1 %
Comptoir alimentaire Drummond inc.	88 002 $	87 217 $	1 %
Ebyôn	73 525 $	72 869 $	1 %
Entraide Bécancour inc	66 853 $	66 257 $	1 %
Fonds communautaire des Chenaux	98 051 $	97 177 $	1 %
La maison de L'abondance	55 000 $	60 603 $	-9 %
La sécurité alimentaire	86 040 $	85 273 $	1 %
La tablée populaire	106 836 $	118 387 $	10 %
La tablée populaire Shawinigan inc.	86 428 $	85 657 $	1 %
L'entre-aide de Louiseville	82 866 $	82 127 $	1 %
Les artisans bénévoles de la paix en Mauricie	99 667 $	98 778 $	1 %
Les cuisines collectives de Francheville	120 997 $	119 918 $	1 %
Les cuisines collectives des Bois-Francs	126 496 $	125 368 $	1 %
Ludolettre	104 608 $	101 693 $	3 %
Maison Coup de pouce T.-R.	98 500 $	98 586 $	0 %
Moisson Mauricie /Centre-du-Québec	113 644 $	112 630 $	1 %
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	92 986 $	92 157 $	1 %
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	121 799 $	120 713 $	1 %
Ressource aide alimentaire	82 240 $	81 506 $	1 %
	2 483 876 $	**2 491 398 $**	**0 %**
VIH – SIDA			
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	145 786 $	125 457 $	16 %
Maison Re-Né inc.	308 107 $	305 359 $	1 %
Sidaction Mauricie inc.	113 143 $	112 215 $	1 %
	567 036 $	**543 031 $**	**4 %**

	Budget total 2014-2015	Budget total 2013-2014	Variation
SERVICES GÉNÉRAUX, ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE			
Orientation et identité sexuelles			
Groupe régional d'intervention sociale (GRIS)–Mauricie/Centre-du-Québec	71 900 $	64 636 $	11 %
	71 900 $	**64 636 $**	**11 %**
Concertation et consultation générale			
Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	221 525 $	201 152 $	10%
	221 525 $	**201 152 $**	**10 %**
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté			
La maison La nacelle	655 782 $	649 956 $	1 %
La rose des vents de Drummond inc.	670 675 $	664 716 $	1 %
La séjournelle (maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfants)	668 466 $	665 083 $	1 %
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.	694 645 $	691 897 $	1 %
Le toit de l'amitié	642 207 $	639 059 $	1 %
Maison « De connivence » inc.	670 186 $	666 803 $	1 %
Maison d'hébergement La volte-face	708 707 $	667 304 $	6 %
	4 710 668 $	**4 644 818 $**	**1 %**
Centres de femmes			
Centre de femmes de Shawinigan inc.	190 110 $	192 379 $	3 %
Centre de femmes Parmi elles	193 927 $	192 197 $	1 %
Centre des femmes L'héritage	193 927 $	192 197 $	1 %
Femmes de Mékinac	193 735 $	192 007 $	1 %
La maison des femmes des Bois-Francs	194 021 $	192 290 $	1 %
Le collectif des femmes de Nicolet et région	207 738 $	207 885 $	0 %
Maison des femmes de Drummondville	194 180 $	192 448 $	1 %
	1 376 638 $	**1 361 403 $**	**1 %**
Autres ressources pour femmes			
Centre de santé des femmes de la Mauricie	538 237 $	533 436 $	1 %
	538 237 $	**533 436 $**	**1 %**

	Budget total 2014-2015	Budget total 2013-2014	Variation
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)			
CALACS Entraid'action, Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	150 873 $	149 527 $	1 %
CALACS La passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	254 921 $	252 647 $	1 %
CALACS Unies-vers-elles	137 976 $	135 259 $	2 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	283 888 $	281 356 $	1 %
	827 658 $	**818 789 $**	**1%**
Ressources pour hommes			
Chez-nous entre-hommes	169 731 $	166 235 $	2 %
Halte Drummond	148 476 $	147 152 $	1 %
Homme alternative	148 476 $	147 152 $	1 %
L'accord Mauricie inc.	231 817 $	224 546 $	3 %
	698 500 $	**685 085 $**	**2 %**
GRAND TOTAL	**39 786 693 $**	**38 844 601 $**	**2 %**

LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU

LES AUTORISATIONS D'EMPRUNT ACCORDÉES AUX ÉTABLISSEMENTS

Au cours de l'exercice financier 2014-2015, cinq établissements de la région ont eu recours à des emprunts temporaires autorisés par l'Agence et le MSSS. Les montants autorisés au 31 mars 2015 figurent dans le tableau de la page suivante.

Le montant total des autorisations d'emprunt temporaire accordé aux établissements publics au 31 mars 2014 pour les dépenses courantes de fonctionnement représente 1,42 % (2,05 % en 2013-2014) du total des budgets bruts de fonctionnement des établissements publics de la région. Pour ce qui est des dépenses en immobilisations, cette proportion est de 1,05 % (1,47 % en 2013-2014).

Selon la politique d'emprunt révisée le 20 novembre 2009, il n'y a pas de maximum régional en ce qui a trait aux emprunts reliés aux dépenses courantes de fonctionnement; ces derniers étant sous la gestion du MSSS. Un maximum régional est cependant imposé à la région pour les dépenses en immobilisations, excluant les projets d'économie d'énergie. Ce dernier s'élève à 3 830 000 $. La région respecte ce maximum en ce qui concerne cette catégorie.

Montants totaux pour chaque type ou catégorie d'emprunt	31 mars 2015		31 mars 2014
	Emprunts autorisés	Emprunts utilisés	Emprunts autorisés
Reliés aux dépenses courantes de fonctionnement			
Équilibre budgétaire	16 300 000 $	4 500 000 $	22 900 000 $
Ajustement régional	0 $	0 $	0 $
Traitement différé	600 000 $	0 $	600 000 $
	16 900 000 $	**4 500 000 $**	**23 500 000 $**
Reliés aux dépenses en immobilisations			
Projets autofinancés (autorisations régionales)	483 768 $	7 959 $	696 856 $
Projets financés par les activités accessoires	0 $	0 $	
Projets autofinancés par les économies d'énergie (projets autorisés par le MSSS)	12 043 790 $	9 113 182 $	16 173 382 $
	12 527 558 $	**9 121 141 $**	**16 870 238 $**
Total régional	**29 427 558 $**	**13 621 141 $**	**40 370 238 $**

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS

	2014-2015		2013-2014	
Établissements	**Revenus totaux**	**Résultats**	**Revenus totaux**	**Résultats**
CSSS				
du Haut-Saint-Maurice	34 026 713 $	85 310 $	33 559 854 $	3 809 $
de la Vallée-de-la-Batiscan	31 492 072 $	946 003 $	30 540 099 $	723 605 $
de l'Énergie	188 150 335 $	(925 439 $)	185 555 021 $	(1 218 410 $)
de Maskinongé	35 580 778 $	10 657 $	34 499 820 $	228 984 $
de Trois-Rivières	362 999 438 $	(2 178 759 $)	355 713 809 $	(2 288 196 $)
de Bécancour–Nicolet-Yamaska	65 831 306 $	1 555 913 $	63 656 580 $	832 244 $
Drummond	167 373 448 $	(1 707 100 $)	163 990 872 $	283 638 $
d'Arthabaska-et-de-l'Érable	168 714 112 $	(1 242 855 $)	163 094 487 $	273 624 $
	1 054 168 202 $	**(3 456 270 $)**	**1 030 610 542 $**	**(1 160 702 $)**
Centre de réadaptation et CJ				
Centre jeunesse MCQ	85 490 309 $	478 158 $	83 719 015 $	478 359 $
Domrémy MCQ	9 102 064 $	187 309 $	8 776 502 $	489 496 $
CR InterVal	31 635 239 $	(359 777 $)	31 748 764 $	212 940 $
CRDITED MCQ - Institut universitaire	74 809 265 $	1 250 654 $	75 725 991 $	773 066 $
	201 036 877 $	**1 556 344 $**	**199 970 272 $**	**1 953 861 $**
Privés conventionnés*				
Foyer Sts-Anges Ham-Nord			2 365 061 $	145 221 $
Vigi Santé ltée (Les Chutes)			6 139 446 $	44 609 $
			8 504 507 $	**189 830 $**
Cible déficitaire				
	1 255 205 079 $	**(1 899 926 $)**	**1 239 085 321 $**	**982 989 $**

**Données non disponibles.*
Note : La région présente un déficit en raison de la comptabilisation des indemnités des cadres ayant annoncé leur départ au 31 mars 2015. Ainsi, la région aurait été en équilibre budgétaire sans l'inscription de ces indemnités.

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

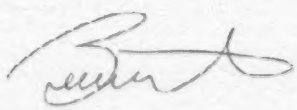
Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité d'audit. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Martin Beaumont
Président-directeur général

LE RAPPORT DES VÉRIFICATEURS SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion sur ces états financiers dans notre rapport daté du 9 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Membre de Grant Thornton International Ltd

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.26) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

Trois-Rivières
Le 22 juin 2015

LES ÉTATS FINANCIERS

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

			Activités principales		Activités accessoires	
		Budget de fonctionnement 1	Exercice courant 2	Exercice précédent 3	Exercice courant 4	Exercice précédent 5
REVENUS DE SUBVENTION DU MSSS						
Budget signifié	01	10 014 255	10 014 255	10 628 654		153 921
(Diminution) ou augmentation du financement (cf. P.290-1)	02	198 856	292 518	3 490	227 874	
Variation des revenus reportés - MSSS	03	144 404	36 177	400	(28 650)	(36 004)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		xxxx		xxxx	
Total Subventions MSSS (L.01 à L.04)	05	10 357 515	10 342 950	10 632 544	199 224	117 917
AUTRES REVENUS						
Revenus de placements	06	30 000	33 618	35 936		
Revenus de type commercial	07		xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources						
Ventes de services et recouvrements	08	447 732	270 295	431 662		
Subventions - Gouvernement du Canada	09			20 653	152 518	
Autres revenus (cf. P.290-2)	10	65 358	290 746	252 874		
TOTAL DES REVENUS (L.05 à L.10)	11	10 900 605	10 937 609	11 373 669	351 742	117 917
CHARGES						
Salaires	12	6 530 812	6 601 187	6 768 577	58 386	26 244
Avantages sociaux	13	1 744 734	1 800 052	1 935 400	35 801	4 939
Charges sociales (cf. P.290-2)	14	890 367	910 202	940 764	10 323	3 121
Frais de déplacement et représentation	15	165 535	135 346	162 630	xxxx	xxxx
Services achetés (cf. P.290-3 et 290-4)	16	647 816	686 449	533 393	82 924	82 672
Publicité et communication	17	121 250	103 591	123 831		
Loyers	18	794 000	781 629	819 810		
Location d'équipement	19	45 000	48 200	61 480		
Fournitures de bureau	20	163 500	30 932	112 305		
Dépenses de transfert	21	1 000	70 200	11 025	152 518	
Entretien et réparations	22	105 000	105 250	85 737		
Frais financiers	23					
Créances douteuses	24					
Autres charges	25	138 000	134 350	199 539		
Charges extraordinaires	26		xxxx	xxxx		
TOTAL DES CHARGES (L.12 à L.26)	27	11 347 014	11 407 388	11 754 491	339 952	116 976
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.11 - L.27)	28	(446 409)	(469 779)	(380 822)	11 790	941
Renseignement à titre informatif						
Contributions de l'avoir-propre (+)	29	350 871	282 279			
Transferts interfonds - En provenance						
de Fonds affectés (+)	30				xxxx	xxxx
du Fonds des activités régionalisées (+)	31	187 500	187 500	186 572	xxxx	xxxx
du Fonds de stationnement (+)	32					
Transferts interfonds - Affectations						
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(90 000)				
au Fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	34		xxxx	xxxx		
à d'autres fonds (-)	35					
Surplus (Déficit) après contributions et transferts interfonds (L.28 à L.35)	36	1 962		(194 250)	11 790	941

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	7 549 915	7 689 498
Variation des revenus reportés - MSSS	02	(139 052)	(1 046 477)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	03	xxxx	
FINESSS	04		
Contributions des établissements	05	708	
Revenus de placements	06	12 369	9 114
Revenus d'autres sources			
Ventes de services et recouvrements	07	271 390	234 344
Subventions - Gouvernement du Canada	08		
Autres revenus (cf. P.291)	09		81 814
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.09)	10	7 695 330	6 968 293
CHARGES			
Salaires	11	1 956 749	2 049 341
Avantages sociaux	12	662 969	478 463
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS) - MFQ	13	103 929	109 020
Charges sociales - autres	14	174 641	175 784
Frais de déplacement et de représentation	15	59 004	41 711
Services achetés (cf. P.291)	16	3 933 701	3 384 905
Publicité et communication	17	174 053	267 860
Loyers	18	70 910	70 202
Dépenses de transfert	19	168 588	321 418
Fournitures de bureau	20	6 555	8 268
Entretien et réparations	21	5 981	10 687
Créances douteuses	22		
Autres charges (cf. P.291)	23	109 910	365 915
TOTAL DES CHARGES (L.11 à L.23)	24	7 426 990	7 283 574
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.10 - L.24)	25	268 340	(315 281)
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir-propre (+)	26		
Transferts interfonds - En provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	27		
du Fonds des activités régionalisées (+)	28		
de Fonds affectés (+)	29		63 017
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	30	(187 500)	(186 572)
au Fonds des activités régionalisées (-)	31		
à des Fonds affectés (-)	32		
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(292 741)	
Autres transferts interfonds	34	(540 711)	
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir-propre et transferts interfonds (L.25 à L.34)	35	(752 612)	(438 836)

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la santé et des services sociaux			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	1 192 872	1 234 869
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	02	1 919 409	2 307 473
Autres subventions	03		
Revenus de placements	04	748	7 737
Gains sur dispositions d'immobilisations	05		
Revenus d'autres sources			
Subventions - Gouvernement du Canada (cf. P.389)	06		
Contributions et dons (cf. P.289)	07		
Autres revenus (cf. P.292)	08		
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	3 113 029	3 550 079
CHARGES			
Frais financiers			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette (cf. P.366)	10	1 930 895	2 324 540
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12	27 620	26 291
Dépenses d'immobilisations non capitalisées			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	44 520	41 536
Services achetés (cf. P.292)	14	7 780	15 987
Entretien et maintien des actifs	15	232 923	45 160
Autres charges non capitalisées (cf. P.292)	16		
Amortissement des immobilisations	17	992 818	1 099 763
Pertes sur dispositions d'immobilisations	18		2 625
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.18)	19	3 236 556	3 555 902
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.19)	20	(123 527)	(5 823)
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions en provenance du			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	21		
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	22		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	23		
Fonds des activités régionalisées (+)	24	292 741	
Fonds affectés (+)	25	1 044 774	1 081 377
Fonds de stationnement (+)	26		
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	27		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions et affectations interfonds (L.20 à L.27)	28	1 213 988	1 075 554

SOLDE DE FONDS

		Activités principales ① 1	Avoir propre 2	Exercice courant (C.1 + C.2) 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	115 684	1 392 947	1 508 631	1 701 940
ACTIVITÉS PRINCIPALES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02		(469 779)	(469 779)	(380 822)
Transferts interfonds - EN provenance					
de Fonds affectés (+) (préciser)	03	xxxx			
du Fonds des activités régionalisées (+) (P.298-1)	04	xxxx	187 500	187 500	186 572
du Fonds de stationnement (+) (préciser)	05	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-) ①	06				
à d'autres fonds (-) (préciser)	07	xxxx			
ACTIVITÉS ACESSOIRES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	08	xxxx	11 790	11 790	941
Transferts interfonds - EN provenance					
du Fonds de stationnement (+)	09	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	10	xxxx			
au Fonds de stationnement (c-a 8610) (-)	11	xxxx			
à d'autres fonds (-) (préciser)	12	xxxx			
AUTRES ÉLÉMENTS					
Libération de surplus	13	(115 684)	115 684		
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds (préciser)	14	xxxx			
Autres corrections (cf. page 268)	15				
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	(115 684)	(154 805)	(270 489)	(193 309)
Redressements demandés par le MSSS (cf. page 268)	17				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18		1 238 142	1 238 142	1 508 631

① Exceptionnellement pour les fins de reports, lorsque l'agence n'a pas transféré les économies liées aux projets d'investissement financés par les activités principales des exercices antérieurs, elle doit les inscrire aux activités principales de l'exercice courant à la ligne 06.

Fonds d'immobilisations
Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	125 299	104 386	1 544 603	1 983 439
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(123 527)	(5 823)	268 340	(315 281)
Transferts interfonds - EN provenance					
du Fonds d'exploitation (+) (préciser C.3)	03				
du Fonds des activités régionalisées (+) (préciser C.3)	04	292 741			
de Fonds affectés (+) (préciser C.3)	05	1 044 774	1 081 377		63 017
du Fonds de stationnement (+)	06			xxxx	xxxx
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'exploitation (-) (P.298)	07			(187 500)	(186 572)
au Fonds des activités régionalisées (-) (préciser C.3)	08				
à des Fonds affectés (-) (préciser C.3)	09				
au Fonds d'immobilisations (-) (P.298)	10	xxxx	xxxx	(292 741)	
Autres transferts interfonds (P.298)	11	(1 044 774)	(1 054 641)	(540 711)	
Contribution de l'avoir-propre (+)	12				
Autres additions (déductions) (préciser)	13				
Variation de l'exercice (L.02 à L.13)	14	169 214	20 913	(752 612)	(438 836)
Redressements (préciser)	15	2			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.14 + L.15)	16	294 515	125 299	791 991	1 544 603

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
Encaisse	01	3 166 741	3 062 777	1 904 549	2 365 856
Placements temporaires	02				
Débiteurs					
MSSS (cf. P.295 et P.296)	03	74 370	91 670	144 043	237 429
FINESSS	04	xxxx	xxxx		
Établissements publics (cf. P.295 et P.296)	05	4 312	21 587	46 708	46 000
Gouvernement du Canada	06		4 690		
Créances interfonds (préciser)	07				
Autres débiteurs (cf. P.295 et P.296-1)	08	80 779	128 343	144 746	1 041 188
Frais payées d'avance	09	13 417	49 521	381 096	177 292
Stocks de fournitures	10				
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	11	1 102 108	1 104 556	116 857	116 857
Autres éléments d'actif (cf. P.295-1 et P.296-1)	12	23 398	79 033	1 757	598
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	4 465 125	4 542 177	2 739 756	3 985 218
PASSIF					
Découvert bancaire	14			116 966	59 505
Emprunts temporaires	15				
Intérêts courus à payer	16				
Créditeurs et autres charges à payer					
MSSS (cf. P.295-1 et P.296-1)	17				
Établissements publics (cf. P.295-1 et P.296-2)	18	127 679	27 057	87 789	870 678
Dettes interfonds (préciser)	19				
Salaires courus à payer	20	1 066 038	796 996	26 893	21 402
Fonds des services de santé (FSS) - MFQ à payer	21	20 463	20 369		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.295-2 et 296-2)	22	370 588	537 548	355 367	193 929
Passif au titre des avantages sociaux futurs (cf. P.221 et 221-1)	23	1 143 021	1 140 177	233 983	207 386
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24				
Autres revenus reportés (cf. P.345, P.346 et P.459)	25	499 194	511 399	1 126 767	1 087 715
Dettes à long terme	26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments de passif (cf. P.295-2 et P.296-2)	27				
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	3 226 983	3 033 546	1 947 765	2 440 615
SOLDE DE FONDS	29	1 238 142	1 508 631	791 991	1 544 603
TOTAL - PASSIF ET SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	4 465 125	4 542 177	2 739 756	3 985 218

Fonds d'immobilisations — Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	476 441	553 160
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	03	24 266 915	20 086 715
Débiteurs			
MSSS (cf. P.360)	04	487 210	515 891
Gouvernement du Canada	05		
Créances interfonds (préciser)	06		
Autres débiteurs (cf. P.297)	07	37 095	25 563
Frais payés d'avance	08		
Immobilisations	09	6 031 601	5 686 903
Subvention à recevoir - réforme comptable (cf. P.360)	10	38 248 390	44 437 587
Frais reportés liés aux dettes	11	106 116	123 101
Autres éléments d'actif (cf. P.297)	12	6 358 093	6 263 502
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	76 011 861	77 693 422
PASSIF			
Découvert bancaire	14		
Emprunts temporaires (cf. P.367)	15	31 750 571	27 640 806
Intérêts courus à payer (cf. P.366)	16	574 589	607 648
Créditeurs et autres charges à payer			
MSSS (cf. P.360)	17		
Dettes interfonds (préciser)	18		
Salaires courus à payer	19		
Fonds des services de santé (FSS) - MFQ à payer	20		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.297-1)	21	165 794	37 426
Passif au titre des avantages sociaux futurs (cf. P.221-1)	22		
Avances de fonds des agences et des établissements publics	23		
Revenus reportés - Gouvernement du Canada (cf. P.389)	24		
Autres revenus reportés (cf. P.389)	25		
Passifs environnementaux (cf. P.297-1)	26		
Dettes à long terme (cf. P.367)	27	43 226 392	49 208 166
Autres éléments de passif (cf. P.297-1)	28		74 077
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.28)	29	75 717 346	77 568 123
SOLDE DE FONDS	30	294 515	125 299
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.29 + L.30)	31	76 011 861	77 693 422

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	3 531 094	3 490 317
Placements temporaires	02		
Débiteurs			
MSSS (cf. P.294)	03	398 897	699 539
FINESSS	04		
Établissements publics (cf. 294)	05	2 553	176 815
Gouvernement du Canada	06		
Créances interfonds (préciser)	07		
Autres débiteurs (cf. 294-1)	08	1 261 476	351 306
Frais payés d'avance	09		
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10	39 403	43 171
Placements de portefeuilles	11		
Autres éléments d'actif (cf. 294-1)	12	4 895	4 204
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	5 238 318	4 765 352
PASSIF			
Découvert bancaire	14	175 573	4 455
Emprunts temporaires	15		
Intérêts courus à payer	16		
Créditeurs et autres charges à payer			
Établissements publics (cf. P.294-1)	17	1 008 070	463 173
Organismes	18		
Dettes interfonds (préciser)	19		
Salaires courus à payer	20	5 131	2 274
Fonds des services de santé (FSS) - MFQ à payer	21		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.294-2)	22	1 537 160	1 485 168
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	41 429	41 318
Revenus reportés - MSSS (cf. 559)	24	740 255	977 387
Revenus reportés - Gouvernement du Canada (cf. 559)	25		
Autres revenus reportés (cf. P.559)	26		
Autres éléments de passif (cf. P.294-2)	27		55 334
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	3 507 618	3 029 109
SOLDE DE FONDS	29	1 730 700	1 736 243
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	5 238 318	4 765 352

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 736 243	920 905
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	02	(437 491)	469 555
Transferts interfonds - EN provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	03		
du Fonds des activités régionalisées (+)	04		
de Fonds affectés (+) (préciser)	05		
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	06		
au Fonds des activités régionalisées (-)	07		(63 017)
à d'autres Fonds affectés (-) (préciser)	08		
au Fonds d'immobilisations (-)	09		(26 736)
Autres transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	540 711	
Autres additions (déductions) (P.298)	11	(108 763)	
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(5 543)	379 802
Redressements (préciser)	13		435 536
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 730 700	1 736 243

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	33 488 225	33 635 846
Crédits régionaux	02	2 150 001	
Variation des revenus reportés - MSSS et FINESSS	03	237 132	1 002 679
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04	xxxx	
FINESSS	05	7 423 954	7 447 809
Revenus de placements	06	51 423	53 988
Revenus d'autres sources Subventions Gouvernement du Canada	07		
Autres revenus (cf. P.293)	08	8 136 452	8 524 290
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	51 487 187	50 664 612
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	50 707 353	48 609 791
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation			
Salaires	13	286 972	309 691
Avantages sociaux	14	45 716	37 786
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS) - MFQ	15	7 992	9 240
Charges sociales - Autres	16	14 144	15 707
Frais de déplacement et de représentation	17	11 625	4 612
Services achetés (cf. P.293)	18	356 201	625 716
Location d'équipement	19	2 774	2 774
Fournitures de bureau	20	7 853	28 890
Autres charges (cf. P.293)	21	484 048	550 850
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.21)	22	51 924 678	50 195 057
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.22)	23	(437 491)	469 555

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 1 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'agence est constituée le *1er janvier 2006* en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat *d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.*

Le siège social est situé à Trois-Rivières et un point de service se situe à Drummondville.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé det de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québe est fusionnée avec le Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'agence utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les service de santé et des services sociaux (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'agence se réfère au *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir - réforme comptable et la provision relative à l'assurance salaire.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (SUITE)

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'agence bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'agence bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'agence bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité autre qu'un gouvernement ou qu'un organisme public hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel se termine le projet ou l'activité, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Salaires, avantages sociaux et charges de services

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Instruments financiers

En vertu de l'article 383 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux agences.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet, la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (SUITE)

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés, les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation et l'amortissement selon la méthode du taux effectif sont présentés à la note 5.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuilles sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant et les placements temporaires.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'agence à son rapport financier annuel.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaires ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (SUITE)

Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance-salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties, selon la méthode linéaire, selon leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements : Équipement informatique	3 ans
Matériels et équipements : Équipement de communication multimédia	5 ans
Matériels et équipement : Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Matériels et équipements : Autres équipements	5 à 15 ans
Équipements spécialisés : équipement médical	12 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.	

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (SUITE)

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours des prochains exercices. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'agence utilise le fonds d'exploitation, le fonds d'immobilisations, le fonds des activités régionalisées, les fonds affectés et le fonds de santé au travail. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

-- Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

-- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

-- Le fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.

-- Les fonds affectés : fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

-- Le fonds de santé au travail : fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'agence peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Elles comprennent les opérations qui découlent des fonctions que l'agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires

Elles comprennent les fonctions qu'elle exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

-- Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

--Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (SUITE)

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'agence dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

NOTE 3 - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu de l'article 387 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), une agence doit maintenir l'équilibre entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses charges. Cette exigence légale s'applique à l'ensemble des fonds.

Selon les résultats totaux fournis à la page 150 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice clos le 31 mars 2015, l'agence n'a pas respecté cette obligation légale.

NOTE 4 - DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 28 mai 2014 relativement au fonds d'exploitation, au fonds des activités régionalisées, au fonds d'immobilisations et aux fonds affectés.

NOTE 5 - INSTRUMENTS FINANCIERS

Impacts sur les états financiers

L'agence ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

NOTE 6 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2015, l'agence possède un total d'autorisations d'emprunt de 63 104 259 $ pour le fonds des équipements et de 102 328 376 $ pour le fonds des immobilisations au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,298 % à la date du bilan. Ces emprunts sont garantis par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le montant emprunté en capital au 31 mars 2015 est de *24 885 048* $.

Au 31 mars 2015, l'agence dispose également d'une marge de crédit autorisée de 6 428 000 $ au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,298 % en date du bilan. Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services Sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2015 est de 6 355 825 $ incluant les intérêts capitalisés. La convention de crédit est renégociable le 30 juin 2015. Cet emprunt est relié à la réalisation des travaux de réaménagement de deux étages de l'aile A du Pavillon Saint-Joseph et servait également à assurer la continuité des services pour les frais supplémentaires encourus par le CSSS de Trois-Rivières afin de relocaliser la clientèle hébergée au site de Cloutier-du-Rivage.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 7 - MARGE DE CRÉDIT

	2015	2014
Marge de crédit du Fonds de financement, portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois + 0,05 %. Le taux préférentiel au 31 mars 2015 est de 1,048 % (2014 : 1,277 %)	509 700 $	814 134 $

NOTE 8 - DETTES À LONG TERME

	2015	2014
Emprunts de 101 380 196 $, remboursables par versements annuels variables de capital, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66% et 9,82%, est payable semestriellement.	3 120 456	4 714 773
Emprunt de 16 701 600 $, remboursable par versements annuels de capital de 668 064 $ et un versement final de 7 348 704 $, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,306% est payable semestriellement.	7 348 704	8 016 768
Emprunt de 4 966 274 $, remboursable par versements annuels de capital de 297 740 $ et un versement final de 202 437 $, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en avril 2019. L'intérêt au taux de 6,514% est payable semestriellement.	1 393 396	1 691 136
Emprunt de 8 210 269 $, remboursable par versements annuels de capital de 483 603 $ et un versement final de 1 923 429 $, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,118% est payable semestriellement.	1 923 429	2 407 032
Emprunt de 353 487 $, remboursable par versements annuels de capital de 14 139 $ et un versement final de 282 790 $, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échu en décembre 2014. L'intérêt au taux de 3,222% est payable semestriellement.	-	282 790
Emprunt de 12 213 085 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,544%, remboursable par annuités de 1 331 665 $ et un versement final de 4 297 924 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	5 554 756	6 886 422
Emprunt de 801 060 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,835 %, remboursable par annuités de 32 042 $ et un versement final de 640 848 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	672 891	704 933
Emprunt de 3 098 527 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,835 %, remboursable par annuités de 221 323 $ et un versement final de 1 991 910 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	2 213 234	2 434 557
Emprunt de 659 071 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,82 %, remboursable par annuités de 26 363 $ et un versement final de 527 256 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en juin 2016.	553 619	579 982

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 8 - DETTES À LONG TERME (SUITE)

	2015	2014
Emprunt de 1 575 125 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,428 %, remboursable par annuités de 71 323 $ et un versement final de 1 147 186 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	1 361 156	1 432 479
Emprunt de 4 862 524 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,428 %, remboursable par annuité de 712 967 $ et un versement final de 584 720 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	2 723 622	3 436 590
Emprunt de 2 689 697 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,099 %, remboursable par annuités de 121 199 $ et un versement final de 2 083 702 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en juin 2018.	2 447 299	2 568 498
Emprunt de 5 262 014 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,099 %, remboursable par annuités de 786 850 $ et un versement final de 1 327 766 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en juin 2018.	3 688 315	4 475 164
Emprunt de 3 411 944 $ auprès Du Fonds de financement, portant intérêts au taux de 2,612%, remboursable par annuités de 560 903 $ et un versement final de 607 428 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2019.	2 851 041	3 411 943
Emprunt de 5 316 760 $ auprès Du Fonds de financement, portant intérêts au taux de 2,1268%, remboursable par annuités de 250 595 $ et un versement final de 4 314 380 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	5 066 165	5 316 760
Emprunt de 848 339 $ auprès Du Fonds de financement, portant intérêts au taux de 2,1268%, remboursable par annuités de 175 800 $ et un versement final de 145 140 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	672 539	848 339
Emprunt de 848 339 $ auprès Du Fonds de financement, portant intérêts au taux de 2,1268%, remboursable par annuités de 175 800 $ et un versement final de 145 140 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	1 635 770	-
	43 226 392 $	**49 208 166 $**

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec et au Fonds de Financement. Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

	2015	2014
2015-2016		6 151 618
2016-2017		4 999 951
2017-2018		3 388 556
2018-2019		3 757 226
2019-2020		1 207 705
		19 505 056 $

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 9 - PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances.		
Taux moyen de croissance de la rémunération.		2,00%
Inflation	1,00%	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés.	9,43%	9,43%
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres.	8,65%	8,65%

NOTE 10 - IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain			- $	
Aménagement des terrains			- $	
Bâtiments			- $	
Améliorations locatives	1 377 983 $	1 365 923 $	12 060 $	41 842 $
Améliorations majeures aux bâtiments			- $	
Matériels et équipements	5 501 660 $	4 430 886 $	1 070 774 $	1 279 116 $
Équipements spécialisés	1 606 272 $	916 991 $	689 281 $	824 302 $
Matériel roulant			- $	
Développement informatique	376 088 $	97 446 $	278 642 $	120 810 $
Réseau de télécommunication	1 480 691 $	432 820 $	1 047 871 $	1 195 941 $
Location-acquisition			- $	
Projets en cours	2 932 973 $		2 932 973 $	2 224 891 $
Total	**13 275 667 $**	**7 244 066 $**	**6 031 601 $**	**5 686 902 $**

L'information détaillée sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé sont présentées respectivement aux pages 361 à 363 du AS-475.

Les travaux en cours ne sont pas amortis, car ils ne sont pas en service.

NOTE 11 - GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'agence est exposée à divers risques financiers, tels que le risque de crédit et le risque de liquidité. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'agence au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs ainsi que la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 11 - GESTION DES RISQUES FINANCIERS (SUITE)

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	8 786 286 $	9 408 150 $
Débiteurs et MSSS	1 104 520 $	1 544 529 $
Autres débiteurs	1 577 669 $	1 796 492 $
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	39 506 458 $	45 702 171 $
Total	**50 974 933 $**	**58 451 342 $**

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'agence s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Le risque de crédit associé aux débiteurs et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de divers GMF de la région, du gouvernement du Canada et autres clients qui jouissent d'une bonne qualité de crédit.

Afin de réduire ce risque, l'agence s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Elle fait parvenir des états de compte aux retardataires.

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Moins de 30 jours	1 462 546 $	1 770 915 $
De 30 à 59 jours	50 312 $	- $
De 60 à 89 jours	5 549 $	12 031 $
De 90 jours et plus	59 262 $	13 546 $
Total des autres débiteurs	**1 577 669 $**	**1 796 492 $**

Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'agence ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'elle ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 11 - GESTION DES RISQUES FINANCIERS (SUITE)

L'agence gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'agence est donc exposée au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	4 726 047 $	4 292 906 $
De 6 mois à 1 an	44 925 $	163 114 $
De 1 à 3 ans		
De 3 à 5 ans		
De plus de 5 ans		
Total des autres créditeurs	4 770 972 $	4 456 020 $

Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'agence n'est exposée qu'au risque suivant, le risque de taux d'intérêt.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'agence est exposée au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	31 750 571 $	27 640 806 $
Dettes à long terme	43 226 392 $	49 208 166 $

Du montant des emprunts temporaires totalisant 31 750 571 $, un montant de 31 240 871 $ portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,30%, alors que d'autres représentant 509 700 $ portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05%. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant de la dette à long terme totalisant 43 226 392 $, un montant de 3 120 456 $ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le *MSSS*. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 40 105 936 $, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes, lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 11 - GESTION DES RISQUES FINANCIERS (SUITE)

L'agence limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Elle prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

NOTE 12 - OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

L'agence est apparentée avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 800 du AS-475.

L'agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées à la section 800 du AS-475.

NOTE 13 - ÉVENTUALITÉS

L'agence fait présentement l'objet d'une réclamation judiciaire pour un montant qui totalise 3 280 183 $. L'agence croit au bien-fondé de sa défense et continue à faire valoir ses droits devant les tribunaux. De l'avis de la direction, il est présentement impossible d'évaluer le dénouement du litige et le montant, le cas échéant, qu'elle pourrait être appelée à verser. Conséquemment, aucune provision ne figure aux états financiers. Toutefois, l'agence, par l'entremise des crédits régionaux, devrait assumer cette somme.

Au 31 mars 2015, l'agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 6 428 000 $ au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,298 % en date du bilan. Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services Sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2015 est de 6 355 825 $ incluant les intérêts capitalisés. La convention de crédit est renégociable le 30 juin 2015. Cet emprunt est relié à la réalisation des travaux de réaménagement de deux étages de l'aile A du Pavillon Saint-Joseph et sert également à assurer la continuité des services pour les frais supplémentaires encourus par le CSSS de Trois-Rivières afin de relocaliser la clientèle hébergée au site de Cloutier-du-Rivage.

Le CSSS de Trois-Rivières et la Société Québécoise des Infrastructures ont entrepris des recours juridiques contre l'entrepreneur.

Dans l'éventualité où les indemnités reçues eu égard à la réclamation spécifique des coûts incidents au Pavillon St-Joseph ne couvriraient pas la totalité des coûts, l'agence devra assumer le manque à gagner jusqu'à concurrence de 1 500 000 $ à même ses crédits régionaux.

De plus, l'agence, comme la majorité des agences de la province, fait présentement l'objet d'une demande d'arbitrage par la Corporation des services d'ambulance du Québec, au nom des entreprises ambulancières de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, concernant le financement des heures de repas-service pour les années budgétaires du 1er avril 2010 au 31 mars 2011 et du 1er avril 2011 au 31 mars 2012 en vertu du contrat de service liant chacune des entreprises ambulancières à l'agence. L'arbitre a rendu son jugement dans une « cause type » le 15 avril 2015 et a ordonné à l'agence de payer les sommes qui sont réclamées par les entreprises membres de la Corporation des services d'ambulance du Québec. La direction de l'agence n'est actuellement pas en mesure de déterminer le montant qu'elle devra payer. Aucune provision n'a été comptabilisée à l'égard de ce passif éventuel. Selon toute vraisemblance, le MSSS financera ces coûts additionnels.

NOTE 14 - CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés, afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

LES CONTRATS DE SERVICES COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 $ OU PLUS

Contrats de services comportant une dépense de 25 000 $ ou plus Pour la période du 1er janvier au 31 mars 2015	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique	1	129 000 $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	4	252 308 $
Total des contrats de services	5	381 308 $

LE BILAN DE SUIVI DE GESTION
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2014-2015

Section 4

DIRECTION GÉNÉRALE	CANCÉROLOGIE

Priorité	Résultats 2014-2015	État d'avancement des travaux
Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	Le déploiement des mesures prévues au cadre de référence	N/A
Programme québécois de cancérologie	Entente de service écrite	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

Pour le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal, aucune reddition de comptes régionale n'est attendue par le MSSS.

Programme québécois de cancérologie
La désignation des centres de référence, des centres affiliés et des centres partenaires pour le cancer du poumon et de l'œsophage ainsi que les corridors de services entre les différents centres sont bien établis et très fonctionnels. Toutefois, et ce, compte tenu des changements organisationnels, les travaux devant conclure à des ententes formelles sont en cours de réalisation et se poursuivront en 2015-2016.

Nom : Véronique Laquerre Côté	Date : 20 avril 2015

DIRECTION GÉNÉRALE	PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ

Priorité	Résultats 2014-2015	État d'avancement des travaux
Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	[x] Réalisé [ ] En cours de réalisation

Commentaires

L'Agence a assuré un suivi étroit auprès des établissements de la région pour garantir une déclaration complète et continue des accidents/incidents tout au long de l'année. Ainsi, un rappel régulier a été fait auprès des membres de la Table régionale qualité et des suivis personnalisés ont été réalisés auprès des gestionnaires de risques des établissements afin de valider les données transmises par le MSSS de façon constante durant l'année.

Habituellement, une dernière validation des données est réalisée en date du 31 mars avec celles transmises par le MSSS. Cette année, puisque le MSSS n'a pas transmis les données en raison de l'entrée en vigueur du projet de loi 10, cette validation n'a pu être réalisée.

Lors des validations précédentes, les établissements ont indiqué qu'ils seraient en mesure de compléter la saisie des données au Registre national pour le 15 juin. Par conséquent, les données complètes seront transmises pour la prochaine publication du rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des services de santé et des services sociaux.

En ce qui concerne l'implantation des recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) en matière de prévention des chutes et des événements liés à la médication, cette priorité était inscrite à la planification annelle de la Table régionale qualité. Les deux rapports ainsi que le plan d'action ministériel ont été diffusé aux établissements et aux directions concernées à l'Agence. Au 31 mars 2015, nous étions en attente du plan de déploiement déterminé par un comité intra-ministériel afin d'entreprendre l'implantation des mesures.

Nom : Sandra Vachon	Date : 13 mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE	COORDINATION, FINANCEMENT, IMMOBILISATIONS ET BUDGET

Priorité	Résultats 2014-2015	État d'avancement des travaux
Approvisionnement en commun	N/A	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	N/A	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés	Entente de gestion et d'imputabilité signée	N/A
Sécurité civile	Formulaire GESTRED 908 rempli	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Calendrier des rencontres	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Plan de travail	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Composition de l'instance de coordination en sécurité	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

Pour l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés, aucune reddition de comptes régionale n'est attendue par le MSSS.

Économie d'eau potable

Tous les formulaires ont été reçus et validés en terme de conformité au niveau de la reddition de comptes à effectuer par les établissements. La mise en œuvre de cette stratégie continue à être effectuée par les établissements, et ce, selon les ressources disponibles.

Sécurité civile

Les travaux découlant de la préparation régionale à faire face à un cas de MVE (maladie à virus Ebola) ainsi que le projet de loi 10 et l'absence d'orientations claires de celui-ci, ont compromis la poursuite de certaines activités prévues, telles que :

- l'implantation de la Politique ministérielle de sécurité civile (Agence et RSSS);
- l'implantation du guide sur la décontamination des personnes en milieu hospitalier;
- la réflexion régionale sur le rôle d'un RLS en sécurité civile;
- la détermination de la table des matières d'un plan régional de sécurité civile, mission Santé.

En lien avec l'Ébola, 10 rencontres spéciales du regroupement régional ont eu lieu ainsi que 12 rencontres du COPIN (entre octobre 2014 et février 2015.) À l'exception de 2 rencontres annulées en automne afin de faire place aux rencontres spéciales, les rencontres mensuelles et régulières du COPIN ont toutes eu lieu.

Noms : Louise Trudel, économie d'eau potable Marc Nolin, sécurité civile	Date : 23 avril 2015 12 mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE	SERVICES SOCIAUX

Priorité	Résultats 2014-2015	État d'avancement des travaux
Offre de services sociaux généraux	Déploiement d'un service de consultation téléphonique psychosociale	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
Priorité régionale en matière de jeunes et leur famille	Poursuite du déploiement des services, rendre compte de façon spécifique de la mise en œuvre de certains programmes	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Suivi d'implantation du Plan d'accès	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
Ententes de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Ententes de collaboration entre les établissements	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
Programme-services dépendances	Suivi de la mise en place des actions identifiées	N/A

Commentaires

Pour le Programme-services dépendances, aucune reddition de comptes régionale n'est attendue par le MSSS.

Tous les CSSS sont à l'œuvre pour implanter les actions identifiées. Les plans d'action sont élaborés. La formation est complétée dans presque tous les CSSS, le repérage est débuté partout. Le dépistage par l'entremise des grilles est en cours de réalisation.

Il était prévu que les agences complètent un outil de suivi permettant de rendre compte de la mise en place d'actions prioritaires à compléter en 2014-2015. Au cours de l'année, il y a eu des délais en ce qui a trait aux travaux visant à identifier les actions structurantes prioritaires au regard des deux volets spécifiques de l'Offre de service en dépendances, soit la consolidation des services en dépendances sous la responsabilité des CSSS, ainsi que l'accès aux services de santé pour les usagers de l'Offre de service en dépendances. En raison de ces délais, l'outil de suivi n'a pas été produit par le MSSS.

Consultation téléphonique
Le service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux est fonctionnel depuis plusieurs années en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Priorité régionale en matière de jeunes et leur famille
Dans le cadre de l'offre de service Jeunes en difficulté et à leur famille, l'Agence devait veiller au déploiement dans la région :

- de l'implantation des programmes d'intervention en négligence ainsi que d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu;

- de la mise en place de mécanisme de collaboration et de concertation, soit les équipes d'intervention jeunesse, les ententes de collaboration CSSS/CJ et l'entente de complémentarité entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et de services sociaux.

La région est parvenue à réaliser ce mandat. Les résultats dans les formulaires GESTRED 802, 803 et 805 en témoignent ainsi que les faits saillants qui suivent.

Programme d'intervention en négligence : Tous les CSSS de la région ont un programme d'intervention en négligence, il s'agit du PAPFC-2 implanté depuis plusieurs années pour la plupart des établissements; ce programme est reconnu efficace. De la formation a été offerte cette année et se poursuivra l'an prochain afin de permettre de maintenir les pratiques des intervenants du programme à jour.

De plus, en 2013, les CSSS ont élaboré un plan d'action pour déployer les orientations régionales en négligence et trouble du comportement. Ils avaient jusqu'au 31 mars 2015 pour l'actualiser. Le bilan régional est positif. Les CSSS ont mis en place les ressources nécessaires pour permettre une meilleure prise en charge de la clientèle en négligence. Notamment, tous les territoires ont dans leurs équipes un répondant en négligence qui accompagne les intervenants dans leurs interventions auprès de la clientèle.

Équipe d'intervention jeunesse : Tous les CSSS, à l'exception d'un seul, sont dotés d'un mécanisme équivalent à l'Équipe d'intervention jeunesse. Pour le territoire manquant, l'implantation d'un autre mécanisme de coordination est en cours (délai imprévu en raison d'absence-maladie). Les mécanismes alternatifs sont connus de l'ensemble des partenaires et des agents de liaison sont identifiés pour chacun.

Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu : La région a opté pour la mise en place du programme SIAF qui est jugé prometteur. La totalité des CSSS en sont dotés. Un seul territoire n'a pas complété son implantation en raison d'une dernière composante à mettre en œuvre dans ce secteur. L'implantation devrait toutefois être totalement réalisée pour le 31 décembre 2015.

Ententes de collaboration CSSS/CJ : Sept des huit CSSS de la région détenaient une entente de collaboration avec le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En 2014-2015, tous ont travaillé à leur renouvellement ou à la préparation d'une nouvelle entente à partir d'un canevas régional élaboré à cette fin. À la fin de l'exercice, l'ensemble des CSSS était prêt à convenir d'une entente et plusieurs y sont parvenus avant le 31 mars 2015. Par contre, les changements à la structure du réseau ont modifié les orientations du comité régional des directeurs généraux et réorienté les démarches de l'entente de collaboration vers des travaux d'arrimage des services de 1re et de 2e ligne, et ce, dans la perspective de la création du CIUSSS MCQ. Le nouveau directeur des services jeunesse orchestrera cette démarche au cours des prochains mois.

Entente de complémentarité entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et de services sociaux : Malgré la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que l'abolition des instances régionales représentatives du ministère de l'Éducation, les travaux entre ces deux réseaux se sont poursuivis. Le comité stratégique de l'entente de complémentarité MELS/MSSS a poursuivi ces rencontres et la mise en œuvre de son plan d'action. Un nouveau plan d'action sera élaboré au courant de l'automne 2015.

Soulignons, qu'outre l'implantation de ces programmes et mécanismes de concertation, les établissements de la région ont travaillé de diverses façons à l'amélioration des services offerts dans le cadre du programme Jeunes en difficulté, notamment par la poursuite de projets adaptés aux besoins de la clientèle de la région. Voici quelques exemples de ces initiatives du réseau régional qui sont essentielles pour mieux desservir la clientèle et offrir une gamme de services cohérents, complémentaires et adaptés à la réalité régionale :

- le projet d'optimisation jeunesse,
- le programme « Ensemble pour les enfants »,
- le programme « C'est ta communauté »,
- la revue mensuelle sur les pratiques en négligence,
- les comités de concertation régionaux,
- l'arrimage SIPPE/PIN,
- la formation du personnel, etc.

Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité

L'atteinte des trois cibles visées par le MSSS en 2013-2014 ainsi qu'au terme de l'année financière 2014-2015 permet de constater que l'implantation du Plan d'accès dans la région MCQ est complétée, et ce, dans l'ensemble des établissements concernés, soit les huit CSSS, le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP InterVal) ainsi que le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (CRIDTED MCQ – IU).

Le bilan du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) est en cours de réalisation et sera déposé au MSSS à la fin du mois de mai. Ce bilan étant réalisé en collaboration avec tous les établissements concernés, l'outil proposé par le MSSS pour la réalisation du bilan a été transmis aux gestionnaires d'accès locaux de ces établissements afin de recueillir les informations nécessaires à la bonification du bilan régional.

Ententes de collaboration entre établissements concernant la déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Au cours de 2014-2015, plusieurs ententes de collaboration ont été conclues et seront transmises au MSSS selon les modalités prévues d'ici le 24 mai 2015.

En ce qui a trait aux ententes de collaboration entre les établissements concernant la déficience intellectuelle et les troubles du spectre de l'autisme, le CRDITED MCQ – IU a conclu les ententes suivantes :

- deux premières ententes, soit avec le Comité régional de promotion et de sensibilisation en déficience intellectuelle (CRPSDI) ainsi que le Regroupement d'organismes de personnes handicapées (ROPH) Centre-du-Québec, qui visent à établir un partenariat afin de soutenir ces deux organismes en partageant des activités d'information, de sensibilisation et de promotion, et en soutenant matériellement ou financièrement leur réalisation dans le cadre de la Semaine québécoise de la déficience intellectuelle (SQDI);
- une troisième entente impliquant le Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (CNRIS) et l'Agence a été conclue le 31 mars 2015. Elle a pour objet d'établir les paramètres généraux de partenariat entre le CNRIS, l'Agence et le CRDITED MCQ – IU pour soutenir, dynamiser et favoriser le développement de la recherche dans les champs de la déficience intellectuelle et des troubles du spectre de l'autisme.

Pour ce qui est des ententes de collaboration entre établissements pour la clientèle ayant une déficience physique, le CRDP InterVal en a conclu quatre nouvelles cette année, soit :

- un contrat d'association avec la Commission scolaire du Chemin-du-Roy et le Centre Bel-Avenir pour la réalisation de stages au sein de son établissement;
- un contrat d'association avec le Collège Laflèche, également pour la réalisation de stages;
- une entente avec la Commission scolaire des Chênes et le service d'orthophonie pour favoriser un partage d'expertise avec le milieu scolaire et s'assurer de bien répondre aux différents besoins des élèves en difficulté d'apprentissage;
- une entente avec le Centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement (CEF-TC) et l'Agence dans laquelle le CRDP s'engage à fournir l'expertise et les services d'un professionnel en neuropsychologie au CEF-TC à raison de 2 jours par semaine.

Noms : Dany Jolicoeur, consultation téléphonique Geneviève Ribes Turgeon, jeunes et famille Kim Lizotte, plan d'accès et ententes de collaboration Josée Martel, dépendances	Date : 23 avril 2015 4 mai 2015 12 mai 2015 1er mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE	SERVICES SOCIAUX

Priorité	Résultats 2014-2015	État d'avancement des travaux
Soutien à l'autonomie L'évaluation des besoins pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée	État de situation	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
Soutien à l'autonomie L'élaboration des plans de services pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée	État de situation	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
Soutien à l'autonomie L'évaluation des besoins pour tous les usagers hébergés en CHSLD public en CSSS et hors CSSS	État de situation	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
Optimisation en soutien à domicile	Bilan de la mise en œuvre de son plan d'action	☐ Réalisé X En cours de réalisation
Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées	Résultats de l'implantation des RSIPA transmis	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	Résultat de l'implantation des composantes de l'approche adaptée transmis	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
CHSLD	État de situation	X Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

Soutien à l'autonomie et soutien à domicile
Plusieurs états de situation ont été réalisés afin de suivre l'évolution des pratiques cliniques au cours de l'année 2014-2015 aux services de soutien à domicile (SAD) pour l'évaluation et la planification des services et en CHSLD pour la mise à jour de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle.

Au 31 mars 2015, 84,7 % des adultes du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées et des programmes services en déficience physique et en déficience intellectuelle suivis au service de soutien à domicile à long terme, et dont le profil ISO-SMAF est de 4 et plus, ont une évaluation et un plan d'intervention ou de services à jour. Pour quatre CSSS, ce pourcentage varie entre 92 % et 96 %.

Au 31 mars 2015, 80,8 % des usagers hébergés en CHSLD ont une évaluation de l'autonomie fonctionnelle à jour. Pour 4 CSSS ce % varie de 90 % à 100 %.

Le rapport de suivi du « Plan d'action régional d'optimisation des services de soutien à domicile 2011-2015 » a été transmise au MSSS le 30 septembre 2014.

Voici quelques faits saillants des quatre dernières années :

- Réalisation de différents projets d'optimisation visant les quatre secteurs d'activités : Ergothérapie, Soins infirmiers, Travail social et Aide à domicile
- Embauche en 2011-2012 de 10 ETC en soutien aux ergothérapeutes : auxiliaires aux services de santé et sociaux, préposés en ergothérapie, thérapeute en réadaptation physique, agente administrative et mécanicien d'orthèse-prothèse
- Présence de spécialistes en activité clinique pour tous les CSSS pour le volet psychosocial et formation à l'approche en gestion de cas
- Changements importants au niveau de l'organisation du travail, présence d'infirmières auxiliaires (7 CSSS) et maximisation de l'expertise des infirmières cliniciennes.
- L'intensification de l'offre de service en aide à domicile par l'achat d'heures en RPA

Les heures services offertes aux personnes âgées du programme soutien à l'autonomie ont presque triplé (augmentation de 178,5 %) entre 2009-2010 et 2014-2015. Les heures professionnelles ont augmenté de 66,3 % pendant cette même période et les heures services en aide à domicile par le CSSS de 53,1 %. L'achat d'heures en AVQ s'est développé entre 2011 et 2015 soit l'ajout en SAPA de près de 235 273 heures.

L'optimisation et les crédits de développement ont été des leviers importants de mobilisation et de changements.

Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
Le rapport sur la mise en place des réseaux de services intégrés correspond à la grille OSIRSIPA (outil de suivi de l'implantation des composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées) complétée par les CSSS. Les résultats sont présentés au chapitre IV (page 25).

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
Régionalement, 62,5 % des centres hospitaliers ont implanté au moins 4 des 6 composantes dans l'ensemble de leurs unités, incluant les urgences. Parmi ceux-ci, un a implanté les 6 composantes. Au terme de l'exercice, 60 % des centres hospitaliers devaient avoir implanté la majorité des composantes, soit 4 sur 6.

CHSLD
Le niveau d'atteinte de la région pour les nouvelles personnes admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus correspond à 81,3 %, comparativement à 72,1 % pour le Québec.

La balise fixée par le MSSS de 90 % est non atteinte. Nous constatons dans la région que 14 % des admissions en CHSLD ont un profil ISO-SMAF de 9. Ces personnes sont en fin de vie et ne répondent pas aux critères de soins palliatifs ou présentent des troubles du comportement qui nécessitent une intensité d'interventions en soins infirmiers et autres services professionnels qui ne peuvent pas être offerts en RNI.

Noms : Suzie Leblanc, soutien à l'autonomie, SAD et RSIPA Lucie fournier, approche adaptée et CHSLD	Date : 19 mai 2015 6 mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE	SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE	
Priorité	**Résultats 2014-2015**	**État d'avancement des travaux**
L'accès aux services spécialisés	Déposer un plan de travail	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Mise à jour du plan de travail	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Suivi par conférence téléphonique	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
L'accès aux services de santé mentale Les services aux jeunes L'accès aux services de santé mentale Les services aux adultes	État de situation	☐ Réalisé X En cours de réalisation
	Une équipe complète de première ligne mise en place	☐ Réalisé X En cours de réalisation
Plan d'affaires en santé mentale	Plan d'affaires selon le gabarit fourni par le MSSS (Reporté de l'EGI 2013-2014)	N/A
Accès aux services de première ligne	Soumettre des recommandations d'accréditation et de renouvellement S'assurer de la conformité du répertoire des ressources	☐ Réalisé X En cours de réalisation

Commentaires

Pour le Plan d'affaire en santé mentale, aucune reddition de comptes régionale n'est attendue par le MSSS.

L'accès aux services spécialisés
Le plan de travail de l'accès aux services spécialisés a été déposé et est approuvé par le MSSS.

Un bilan présentant la mise à jour du plan de travail a été déposé au MSSS le 1er décembre 2014 (report de la mise à jour prévue le 1er septembre 2014 par le MSSS) ainsi que le 26 février 2015, et ce, tel que convenu dans l'entente de gestion et d'imputabilité.

La répondante régionale a également assisté à toutes les conférences téléphoniques planifiées et tenues par le MSSS et effectué tous les suivis requis dans les délais prescrits.

L'accès aux services de santé mentale
L'état de situation sera transmis au MSSS le 31 mai tel que prévu.

Jeunes
Selon l'état de situation demandé par le MSSS, 189 cas sont actuellement hors délai, soit en attente de plus de 30 jours. Les données en provenance de la RAMQ doivent être analysées avec prudence puisqu'elles n'ont pas été validées par les établissements et que l'information présentée est partielle. Seules les demandes traitées sont considérées et les établissements ont constaté des écarts de volume importants (parfois plus de 50 %) entre le rapport de délais et les rapports de la RAMQ.

La région compte 29,5 équivalents temps complet (ETC) dans les équipes de 1re ligne en santé mentale jeunesse, ce qui est très près de la cible d'ETC requis de 30,2.

Un bref état de situation sur les services de 2e ligne en santé mentale jeunesse ainsi que sur l'arrimage avec les services de 3e ligne a été effectué en 2014-2015. Nous devions débuter des travaux relativement à l'hospitalisation en pédopsychiatrie et les ententes de services avec les établissements de 3e ligne. Le mandat du comité de travail et les résultats attendus de ces travaux ont été rédigés et approuvés par les Tables Enfance, jeunesse, DI et TED et Santé mentale et dépendances. Toutefois, dans le contexte actuel, il a été entendu que ces travaux seraient amorcés lorsque la nouvelle structure organisationnelle serait en place.

Adultes
Notre région n'avait pas à produire un état de situation concernant les délais d'accès pour les adultes.

Au terme de 2014-2015, la région ne compte que 46,6 ETC. Malgré l'ajout de 13 ETC en 2012-2013, le niveau requis de 100,7 ETC pour les services de santé mentale adulte de 1re ligne est loin d'être atteint. Suite à la diffusion du Plan d'affaire en santé mentale (PASM) 2005-2010, des sommes ont été octroyées à l'ensemble des régions par le MSSS afin de consolider les équipes de 1re ligne en santé mentale adulte. Ce financement a effectivement été investi dans les équipes de 1re ligne, mais la région a fait le choix d'investir davantage en soutien d'intensité variable (SIV). À noter que de nombreuses régions au Québec se retrouvent dans une situation comparable.

Accès aux services de première ligne
La poursuite du déploiement des GMF est tributaire, entre autres, de l'adoption des cadres de gestion pour les GMF et les UMF, qui sont toujours en négociation actuellement. Notamment, les responsables de l'UMF de Shawinigan sont en attente des modalités qui seront définies dans les cadres de gestion, pour déterminer s'ils choisiront d'être accrédités en tant que GMF ou de devenir un site satellite d'un GMF existant. Les 2 autres UMF de la région sont déjà conformes. Une ressource à Info-Santé s'assure de la mise à jour et de la validation des informations du répertoire des ressources avec chacun des GMF.

Noms : Parmélie Demers, services spécialisés	Date : 8 avril 2015
Julie Desaulniers, santé mentale	4 mai 2015
Kim Skorupski, GMF	13 avril 2015

Priorité	Résultats 2014-2015	État d'avancement des travaux
Info-Santé	Rapport selon le gabarit fourni par le MSSS	[X] Réalisé [ ] En cours de réalisation
Continuum de services en cardiologie	Plans d'action locaux et régionaux	[ ] Réalisé [X] En cours de réalisation
Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	Plans d'action locaux et régionaux	[X] Réalisé [ ] En cours de réalisation
Soins palliatifs de fin de vie	Mettre à jour votre Plan régional d'organisation de services en soins palliatifs et de fin de vie	N/A

Commentaires

Pour les Soins palliatifs et de fin de vie, aucune reddition de comptes régionale n'est attendue par le MSSS.

Info-Santé
En collaboration avec la responsable du dossier au MSSS, un tableau de bord a été développé au courant de 2014-2015. Étant donné la virtualisation des appels à la grandeur de la province, certains indicateurs suivis antérieurement dont le pourcentage de perte d'appels ainsi que le délai moyen d'attente ne doivent plus être analysés spécifiquement pour évaluer la performance de la centrale régionale. L'emphase est dorénavant mise sur l'écart entre le nombre d'appels reçus en provenance des autres services régionaux par le service régional et le nombre d'appels de la région qui sont répondus par les autres services régionaux. Ainsi, on s'attend à ce que le nombre d'appels entrants soit supérieur au nombre sortants.

Pour l'année 2014-2015, on constate un écart positif de plus de 5 200 appels pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Étant donné cette raison, aucun plan d'action n'a dû être fourni au MSSS.

Continuum de services en cardiologie
Le plan d'action 2014-2018 est en voie de réalisation, mais compte tenu du contexte de fusion d'établissements découlant du projet de loi 10, le plan d'action n'a pas été finalisé et déposé tel que prévu.

Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral
Au cours de l'année 2014-2015, les CSSS de l'Énergie et d'Arthabaska-et-de-l'Érable ont reçu leur désignation de centre secondaire dans le cadre du continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC) du MSSS.

Le CSSS de Trois-Rivières a été visité par le MSSS en février 2015 afin d'effectuer le suivi des recommandations émises lors de la première visite tenue en mai 2014. La désignation de ce CSSS a été recommandée au ministre. Finalement, le CSSS Drummond sera visité par le MSSS en juin 2015, une recommandation positive devrait aussi résulter de cette visite.

Les plans d'action locaux et régionaux qui devaient être élaborés initialement pour le 15 septembre 2014 ont été reportés par le MSSS. Conséquemment, ils n'ont pas été finalisés et déposés tel que prévu.
Noms : Parmélie Demers, Info-Santé Chantal Lehoux et Parmélie Demers, cardiologie et AVC — Date : 13 mai 2015 13 mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE	TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Priorité	Résultats 2014-2015	État d'avancement des travaux
Dossier de santé du Québec	État de situation – Formulaire GESTRED	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
Dossier clinique informatisé	État de situation – Formulaire GESTRED	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
Dossier médical électronique	État de situation – Formulaire GESTRED	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	Transmission des Planifications triennales des projets et activités en ressources informationnelles	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Transmission des Programmations annuelles des projets et activités en ressources informationnelles	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Transmission des Bilans annuels des réalisations en ressources informationnelles	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Transmission des États de santé des projets	X Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires
Dossier clinique informatisé (DCI) La réalisation du DCI comprend 7 étapes et l'Agence en a complétées 5. Elle est en attente de l'autorisation du MSSS pour poursuivre à l'étape 6 qui consiste en l'élaboration d'un dossier d'affaires final. Considérant que chacune des étapes 3 à 6 nécessite une approbation du MSSS, celles-ci génèrent des retards dans l'avancement des travaux qui sont hors du contrôle de l'Agence.
Nom : David Boudreault — Date : 20 mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE	TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Priorité	Résultats 2014-2015	État d'avancement des travaux
Mise en place d'une gouvernance régionale, ou suprarégionale, des ressources informationnelles	Plan de mise en place d'une gouvernance	X Réalisé ☐ En cours de réalisation
Introduction de l'architecture d'intégration technologique cible	État de situation – Actifs + Réseau	☐ Réalisé X En cours de réalisation
Bilan annuel en sécurité de l'information	Bilan annuel	N/A
Participation au Réseau d'alerte	Compléter les documents envoyés par le MSSS	N/A

Commentaires

Pour le Bilan annuel en sécurité de l'information et la Participation au Réseau d'alerte, aucune reddition de comptes régionale n'est attendue par le MSSS.

Mise en place d'une gouvernance régionale, ou suprarégionale, des ressources informationnelles
Le plan pour la mise en place de la gouvernance a été déposé dans les délais et a fait l'objet d'une reponse favorable du MSSS. Considérant le contexte qui découle du dépôt du projet de loi 10, le MSSS a reporté les travaux afin de permettre les adaptations nécessaires au plan pour refléter les nouvelles structures organisationnelles régionales avant d'entreprendre les travaux de mise en place prévu pour la prochaine année.

Introduction de l'architecture d'intégration technologique cible
Les travaux se déroulent bien et se poursuivront au cours de la prochaine année. L'avancement des travaux étant tributaire de la disponibilité de ressources limitées, l'ensemble des activités techniques demandées n'a pu être complété au terme de l'exercice 2014-2015. Il est impossible d'établir un degré d'avancement considérant la nature des travaux effectués.

Nom : David Boudreault	Date : 20 mai 2015

AXE D'INTERVENTION	PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES
Objectifs de résultats	1.1.1. Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)
	1.1.2. Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : - infections transmissibles sexuellement et par le sang - habitudes de vie et maladies chroniques - chutes chez les personnes âgées - suicide

Indicateurs	Résultats 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats 2014-2015
1.01.20 Pourcentage des activités du PNSP implantées	N/A	85 %	N/A
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	N/A	85 %	N/A

Commentaires	
Pour le Pourcentage des activités du PNSP implantées et le Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien, aucune reddition de comptes régionale n'est attendue par le MSSS.	
Noms : Nathalie Cauchon Anne-Marie Grenier	Date : 19 mai 2015 21 avril 2015

AXE D'INTERVENTION	SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS
Objectifs de résultats	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)
	2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs		Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
1.09.25	Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés	22	23	22
1.09.27	Population inscrite auprès d'un médecin de famille	76,2 %	75 %	76,7 %
3.07	Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	20 2 candidates	28	26 24 infirmières 2 candidates

Commentaires

Groupes de médecine de famille (GMF)
Au moment de conclure l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015, le MSSS a été informé du risque de non-atteinte de cet engagement, et ce, compte tenu que la région n'a pas identifié d'opportunité de développement de GMF additionnel. Tel que prévu, au 31 mars 2015, aucun nouveau GMF n'a été créé. Toutefois, des médecins se sont joints à des GMF déjà existants, faisant passer le nombre de médecins en GMF de 310 au 31 mars 2014 à 323 au 31 mars 2015.

Population inscrite auprès d'un médecin de famille et nombre d'IPS titularisées et offrant des services de première ligne
Le pourcentage de population inscrit auprès d'un médecin de famille a connu une légère augmentation en 2014-2015.

Par ailleurs, on constate une augmentation de 4 IPS en 2014-2015 passant de 22 au 31 mars 2014 à 26 au 31 mars 2015.

Noms : Kim Skorupski, GMF Ginette Chénard, médecin de famille et IPS	Date : 29 avril 2015 14 avril 2015

[1] *Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web*
[2] *Résultats en date du 19 mai 2015 provenant de T-Big-Web*

AXE D'INTERVENTION	SERVICES PSYCHOSOCIAUX
Objectifs de résultats	2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Indicateurs		Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
1.02.04	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	95,7 %	90 %	96,6 %

Commentaires	
Les engagements prévus pour 2014-2015 ont été dépassés et une amélioration est observée par rapport aux résultats de l'année précédente.	
Nom : Dany Jolicoeur	Date : 7 mai 2015

[1] *Résultats de la période 12 en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web*
[2] *Résultats en date du 12 mai 2015 provenant de T-Big-Web*

AXE D'INTERVENTION	JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE
Objectifs de résultats	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire
	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves
	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateurs		Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
1.08.09	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	5 394[3] Jeunes : 1 463 Adultes : 3 883	5 692	5 578 Jeunes : 1 495 Adultes : 4 083

Indicateurs		Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
1.08.06	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	259	320	253
1.08.05	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	460	622	494
1.07.05	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	467	483	571

Commentaires

Services de santé mentale de première ligne

- Jeunesse : l'engagement identifié au niveau régional est atteint, voire même dépassé. En effet, les équipes de 1re ligne en santé mentale jeunesse ont rejoint 1 495 jeunes, ce qui représente une atteinte de 100,9 %.
- Adulte : l'engagement identifié au niveau régional en ce qui a trait aux services de 1re ligne en santé mentale adulte n'est pas atteint, mais la région est près du but. En effet, les CSSS ont rejoint 4 083 personnes, ce qui représente un pourcentage d'atteinte de 94,8 % de l'engagement fixé pour 2014-2015.

Suivi intensif dans le milieu (SIM) et soutien d'intensité variable (SIV) pour les personnes de 18 ans et plus

L'engagement n'est pas atteint. Au cours de la dernière année, des travaux ont été réalisés avec les 8 CSSS de la région, et ce, conjointement avec le Centre national d'excellence en santé mentale pour améliorer les arrimages entre le SIV et le SIM. Ces travaux ont permis de mieux identifier les lacunes relatives à la liaison entre ces deux services afin d'améliorer la fluidité et permettre que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale reçoivent les bons services, au bon moment, par les bons intervenants. Ce faisant, l'importance de bien identifier les personnes nécessitant ce type de service a également été abordée. Dans le cadre de l'homologation et de la création du CIUSSSS, des travaux seront amorcés avec les psychiatres pour améliorer les références vers le SIM et la participation des psychiatres au sein de ces équipes.

Du côté du SIV, les engagements ne sont pas atteints; 4 des 8 CSSS ont une bonne performance et sont relativement près de l'atteinte de ceux-ci. La région fait très bonne figure lorsqu'elle est comparée avec les autres régions. Au-delà de ces constats, des efforts doivent être réalisés pour améliorer les performances et viser l'atteinte des objectifs fixés. Dans ce contexte, les travaux d'arrimage SIM/SIV permettent cette réflexion.

Services de première ligne en toxicomanie et jeu pathologique

L'engagement régional est dépassé (571 vs 483), ce qui représente une augmentation de 22,3 % comparativement à l'année dernière. La mise en œuvre des plans d'action territoriaux favorise cette augmentation. La ventilation jeunes/adultes se répartit comme suit : 63 jeunes de 17 ans et moins, et 508 adultes.

- Le CSSS du Haut St-Maurice n'a pas atteint sa cible (14 vs engagement de 20) et n'a rejoint aucun jeune.
- Le CSSS de Maskinongé n'a rejoint aucun jeune.
- Les CSSS Drummond et de Trois-Rivières bénéficient du projet-pilote « Vire au vert ». Les jeunes représentent 23,9 % (17 jeunes) et 1,5 % (3 jeunes) de leur clientèle respective; du côté régional, cela représente 11,0 %.

Ces résultats démontrent l'importance de poursuivre les actions en vue de rejoindre la clientèle jeunesse en 1re ligne.

Noms : Julie Desaulniers et Guy Godin, santé mentale Josée Martel, dépendances	Date : 6 mai 2015 4 mai 2015

[1] *Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web*
[2] *Résultats en date du 12 mai 2015 provenant de T-Big-Web*
[3] *Ces résultats inclus le facteur de correction de 48 usagers.*

AXE D'INTERVENTION	RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS
Objectifs de résultats	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateurs	Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	75,9 %	71,1 %	78,4 %

Commentaires

Au 31 mars 2015, le degré moyen d'implantation du RSIPA au niveau régional est de 78,4 %. Celui-ci est passé de 58 % à 62,5 %, à 71,1 %, à 75,9 % au cours des 4 années précédentes.

La cible attendue au 31 mars 2015 est un taux global d'implantation de 70 %. Ce pourcentage permet une présence significative de chacune des modalités organisationnelles qui constituent le réseau intégré de services pour les personnes âgées (RSIPA) et qui enclencheraient un certain nombre de dynamiques bénéfiques tant sur le plan organisationnel que du point de vue des usagers.

En 2014-2015, les 8 CSSS ont atteint ou dépassé la cible globale de 70 %.

Au niveau régional, 7 des 9 composantes du RSIPA se situent à plus de 70 % d'implantation : mécanisme de coordination, personne responsable, équipe de gériatrie, mécanisme d'accès, gestion de cas et système d'évaluation des besoins et le système de communication.

La composante « système de communication » a connu la plus grande augmentation passant de 68,3 % en 2013-2014 à 75,4 % en 2014-2015.

Deux composantes ont été priorisées au niveau provincial : l'évaluation des besoins et la planification des services. Un nouvel outil clinique d'évaluation a été retenu par le MSSS : le SMAF social. Vingt-six intervenants ont participé à la formation provinciale des formateurs pour le SMAF social. Pour la composante gestion de cas, on peut compter sur la présence 10 ETC intervenants embauchés en 2013-2014 et qui contribuent à consolider les fonctions de gestion de cas en 2014-2015.

Nom : Suzie Leblanc	Date : 27 mai 2015

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE
Objectifs de résultats	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateurs		Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
1.03.05.01	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	872 168	855 040	989 896

Commentaires

Au 31 mars 2015, l'engagement est atteint (115,8 %) et même dépassé de 134 856 heures. Le résultat des heures de services de soutien à domicile longue durée est de 989 896 heures pour les 3 programmes suivants : Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Déficience physique (DP) et Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA). Ce résultat représente une augmentation de 66,1 % des heures depuis 2009-2010.

- Sur les 363 311 heures en chèque-emploi service (CES), la majorité des heures offertes (81,1 %) sont utilisées pour les programmes en DP.
- Les heures de services de soutien à domicile pour SAPA de 593 828 heures ont presque triplé depuis 2009-2010 (213 263 heures), ce qui représente une augmentation de 178,5 %. Ces résultats témoignent de l'intensification des heures services, plus particulièrement au niveau des activités de la vie quotidienne (AVQ).
- De plus, on estime à 296 591 heures les services de répit offerts sur une base hebdomadaire à 1 309 proches aidants de personnes âgées qui requièrent une présence surveillance.

Nom : Suzie Leblanc	Date : 12 mai 2015

[1] *Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web*
[2] *Résultats en date du 12 mai 2015 provenant de T-Big-Web*

AXE D'INTERVENTION	SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION
Objectifs de résultats	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an
	3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateurs		Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
1.45.45.02	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	92,9 %	90 %	92,3 %
1.45.45.03	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	92,9 %	90 %	94,4 %
1.45.45.04	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	95,0 %	90 %	97,2 %
1.07.04	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	82,0 %	80 %	93,2 %

Commentaires

Déficience physique et Déficience intellectuelle – Trouble du spectre de l'autisme

La cible régionale des demandes traitées dans les délais prescrits pour les différents niveaux de priorité est de 90 %. Au terme de l'année financière 2014-2015, en Mauricie et au Centre-du-Québec, la cible de 90 % est atteinte pour tous les niveaux de priorité établis par le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.

L'analyse comparative par rapport aux résultats obtenus en 2013-2014 démontre que seule la cible concernant le niveau de priorité urgente a connu une légère diminution de 0,6 % cette année. Pour le taux de respect des délais d'accès pour les demandes de niveau de priorité élevée et modérée, on peut observer une augmentation non négligeable par rapport à l'an passé avec une hausse respective de 1,5 % (élevé) et de 2,2 % (modéré).

Il est important de souligner que l'actualisation et l'atteinte des cibles sont le fruit des investissements déployés dans les dernières années par tous les acteurs concernés du réseau de santé et services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les efforts ont permis de mettre en place les mécanismes nécessaires afin de faciliter l'accès aux services et optimiser le processus de réception, d'analyse, d'orientation et de codification des nouvelles demandes de services pour les personnes ayant une déficience.

- CRDITED : Les travaux mis de l'avant par l'établissement (trajectoires, épisodes de service, etc.) ont permis d'améliorer significativement leurs taux de respect, et ce, depuis 2012-2013. Bien que les données colligées dans GESTRED soient cumulées depuis 2010, au terme de la période 13, l'établissement atteint sa cible avec un taux de respect de 90,8 %, pour l'ensemble des priorités.
- CRDP : Depuis le début du déploiement du Plan d'accès, les taux de respect du CDRP se situent au-delà de la cible, ce qui a grandement contribué à rehausser les taux de respect régionaux. À la période 13, leur taux de respect global est à 96,5 %.
- CSSS : Les taux de respect se sont grandement améliorés depuis que les gestionnaires d'accès locaux sont en mesure d'identifier les principales erreurs de codification qui viennent fausser leurs données dans GESTRED, et ce, à l'aide d'une requête fournie par la RAMQ. Celle-ci est venue confirmer ce que chaque territoire revendiquait depuis le début, soit que le reflet statistique ne correspondait pas à la réalité terrain.

Bien que les cibles soient encore atteintes cette année en termes de respect des délais d'accès à un premier service en DP, DI et TSA, il faut souligner que même s'ils ne sont pas encore monitorés à titre de standards de continuité, les délais d'attente sont beaucoup plus élevés lorsqu'il s'agit d'avoir accès aux services professionnels spécialisés (ex. : pénurie de main-d'œuvre).

Dépendances
La cible est dépassée (93,2 % vs 80 %).

Noms : Kim Lizotte, DP, DI-TSA Josée Martel, dépendances	Date : 12 mai 2015 4 mai 2015

[1] *Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web*
[2] *Résultats en date du 12 mai 2015 provenant de T-Big-Web*

AXE D'INTERVENTION	MÉDECINE ET CHIRURGIE
Objectifs de résultats	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois
	3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis
	3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs		Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
1.09.20.01	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	94,5 %	90 %	96,0 %
1.09.20.02	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	92,8 %	90 %	93,9 %
1.09.20.03	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	95,8 %	90 %	97,2 %
1.09.20.04	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	94,1 %	90 %	94,8 %
1.09.20.05	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	97,9 %	90 %	98,1 %
1.09.20.06	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie bariatrique	N/A	90 %	46,7 %
1.09.07	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	99,8 %	90 %	99,8 %
1.09.33.01	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	78,4 %	90 %	78,2 %

Commentaires

Note : Les indicateurs portant sur l'hémodynamie, la chirurgie cardiaque et l'électrophysiologie ne s'appliquent pas à la Mauricie et au Centre-du-Québec puisque ces services n'y sont pas offerts (indicateurs 1.09.08 A-B, 1.09.09 A-B et 1.09.10 A-B). Par conséquent, ils ont été retirés de la présente fiche de reddition de comptes.

Chirurgies

Les engagements régionaux sont respectés pour le pourcentage des demandes traitées dans un délai de 6 mois, et ce, pour l'ensemble des chirurgies à l'exception de la chirurgie bariatrique. De façon plus spécifique, et comme l'année précédente, un seul établissement de la région a connu des difficultés pour atteindre les cibles fixées, notamment pour les arthroplasties de la hanche et du genou ainsi que les chirurgies de la cataracte. Toutefois, la situation s'est grandement améliorée par rapport à 2013-2014 et il est prévu que l'ensemble des cibles soient atteintes en 2015-2016.

Le pourcentage de demandes traitées dans les délais pour une chirurgie bariatrique n'atteint pas la cible fixée. Les demandes en attente de plus de 6 mois ont été priorisées avant les nouvelles demandes, ce qui cause la non-atteinte de cet engagement. Malgré cette non-atteinte, on constate une diminution de 24 % du nombre de demandes en attente passant de 229 au 31 mars 2014 à 175 au 31 mars 2015.

Radio-oncologie et chirurgie oncologique

D'année en année, l'engagement en radio-oncologie est respecté et avec un fort pourcentage d'atteinte. Pour 2014-2015, près de 100 % des patients ont été traités à l'intérieur de 28 jours.

Malgré que l'engagement lié au pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique n'est pas atteint cette année, des efforts importants ont été investis par les équipes locales afin de diminuer le délai. Un suivi périodique a été effectué avec les établissements ainsi que le MSSS.

Noms : Parmélie Demers, chirurgies Véronique Laquerre-Côté, oncologie	Date : 9 avril 2015 20 avril 2015

[1] *Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web*
[2] *Résultats en date du 12 mai 2015 provenant de T-Big-Web*

AXE D'INTERVENTION	URGENCES
Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière ** Plusieurs mesures du plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif*

Indicateurs		Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
1.09.31	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	14,9 %	15 %	16,5 %
1.09.03	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	1,8 %	0 %	2,3 %
1.09.01	Séjour moyen sur civière (durée)	12,8 heures	12 heures	13,5 heures

Commentaires

Les engagements des indicateurs reliés à l'urgence ne sont pas atteints, notamment pour les séjours de 24 heures et plus et de 48 heures et plus. Conséquemment, la durée moyenne sur civière est plus élevée en 2014-2015 qu'en 2013-2014.

De façon plus précise, le pourcentage de séjour de plus de 24 heures et la durée moyenne de séjour est atteinte ou près de l'être par 3 CSSS sur les 5 ciblés. Plusieurs explications peuvent justifier la non-atteinte en 2014-2015 dont l'arrivée hâtive de la période de la grippe ainsi que sa virulence. Malgré la mise à jour des plans de gestion lors d'éclosion de l'influenza et/ou de gastro-entérite par tous les établissements ainsi que le haut niveau de préparation régional, des effets se sont fait ressentir à l'urgence et sur les unités de soins.

L'isolement des patients a été un des moyens utilisés afin de gérer efficacement les cas de grippe, et ce, autant à l'urgence qu'aux unités d'hospitalisation. Par conséquent, l'accès à des lits de soins de courte durée a été considérablement restreint, ce qui a eu un impact important sur le délai moyen entre la demande d'hospitalisation et le départ du patient de l'urgence (période 12 : 5 heures en 2013-2014, 6,2 heures en 2014-2015).

Nom : Jean-François Lupien | Date : 14 mai 2015

[1] *Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web*
[2] *Résultats en date du 12 mai 2015 provenant de T-Big-Web*

AXE D'INTERVENTION	CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs		Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
1.01.19.1	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	100 %	80 %	100 %
1.01.19.2	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100 %	100 %	100 %
1.01.19.3	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100 %	100 %	100 %

Commentaires

Données validées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Nom : Danièle Samson, md | Date : 1er juin 2015

[1] *Résultats en date du 8 mai 2014 extraits du système d'information SPIN*
[2] *Résultats en date du 31 mars 2015 fournis par la Direction de santé publique le 20 mai 2015*

AXE D'INTERVENTION	DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU
Objectifs de résultats	5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail
	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6 Réduire le recours à la main d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs		Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	100 %	100 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 %	100 %	100 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	4,87 %	4,55 %	4,54 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,26 %	2,84 %	3,00 %
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,39 %	0,72 %	0,30 %
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,24 %	0,27 %	0,10 %
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,23 %	0,11 %	0,09 %
3.06.04	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Commentaires
Plan de main-d'œuvre Le processus est bien établi dans la région, ce qui assure la mise à jour du plan de main-d'œuvre de chaque établissement annuellement. **Heures supplémentaires et main-d'œuvre indépendante (MOI)** Comparativement aux résultats nationaux, la région a un meilleur pourcentage d'heures supplémentaires travaillées. Les établissements sont constamment en recherche de solutions pour diminuer les résultats, et ce, même si les objectifs sont atteints ou en voie de l'être. Les taux obtenus régionalement pour le recours à la MOI sont inférieurs aux résultats nationaux et se situent parmi les meilleurs au Québec. La région adopte toujours une approche d'objectif zéro en main-d'œuvre indépendante et met en place des projets visant l'élimination de l'utilisation de cette main-d'œuvre.
Nom : Isabelle Rioux — Date : 27 avril 2015

[1] *Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web*
[2] *Résultats en date du 12 mai 2015 provenant de T-Big-Web*

AXE D'INTERVENTION	RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL
Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs		Résultats[1] 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats[2] 2014-2015
3.14	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	83,3 % (10 sur 12)	100 %	100 % (12 sur 12)
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	17 % (2 sur 12)	83 %	58 % (7 sur 12)
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,15 %[1]	5,39 %	6,07 %[1]
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	87 %	100 %	N/A

Commentaires

Pour la Mise en œuvre du Programme de soutien clinique - Volet préceptorat, aucune reddition de comptes régionale n'est attendue par le MSSS.

Agrément sur la mobilisation des ressources humaines
La performance des établissements et la qualité des services offerts dépendent essentiellement de la contribution du personnel. La démarche d'agrément évalue donc la mobilisation du personnel par le biais d'un sondage qui comprend 6 indicateurs : la réalisation, l'implication, la collaboration, le soutien, la communication et le leadership. Pour obtenir leur agrément sur le volet de la mobilisation, les établissements doivent obtenir une cote jaune ou verte à au moins 4 de ces 6 indicateurs de mobilisation.

Au cours de 2014-2015, 5 CSSS ont renouvelé leur agrément : Bécancour-Nicolet-Yamaska, de l'Énergie, Trois-Rivières, Drummond et du Haut St-Maurice. Tous ont réussi le volet mobilisation des ressources humaines.

Lors du renouvellement de son agrément en 2013-2014, le CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan n'avait pas réussi le volet mobilisation. Le sondage réalisé en 2014-2015, en suivi du plan d'action mis en place, a démontré que les résultats de l'établissement se sont nettement améliorés, lui permettant d'obtenir le volet mobilisation de son agrément.

Ainsi, pour l'ensemble de la région, tous les établissements sont agréés et ont réussi le volet sur la mobilisation du personnel, soit 100 % (12 sur 12). Les meilleurs résultats sont obtenus aux indicateurs "réalisation" et "implication", alors que le résultat le plus faible est obtenu à l'indicateur "leadership".

Des actions priorisées en région, telles que la gestion de proximité et les démarches de certification Entreprise en santé, devraient avoir un impact favorable sur la mobilisation du personnel. Il faudra toutefois tenir compte de l'impact de la réforme dans le réseau et accorder une attention particulière à la mobilisation du personnel dans ce contexte.

Accréditation par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail
Avant le 31 mars 2015, 7 établissements sur 12 ont été accrédités. Cependant, tous les établissements sont en action par rapport à leur plan de santé mieux-être et devraient être accrédités au cours de la prochaine année. L'accréditation est tributaire de l'agenda du BNQ pour Entreprise en santé. Un partage des meilleures pratiques en cours d'implantation de la démarche est souhaité dans la prochaine année afin d'optimiser les actions à mettre en place et à maintenir dans le cadre d'une démarche de type « Employeur de choix ».

Assurance salaire
Les plans d'action élaborés dans le cadre de la Communauté de pratiques en assurance salaire sont en implantation et commencent à porter fruit puisque les établissements ayant un ratio plus élevé ont amélioré leurs résultats par rapport à 2013-2014. Les résultats devraient se faire sentir davantage dans la prochaine année. Par contre, le contexte de réorganisation peut venir influencer cet indicateur. De plus, la nouvelle méthode de calcul des cibles que le MSSS souhaitait implanter devrait nous permettre d'établir des cibles plus réalistes et, de ce fait, nous permettre d'atteindre les objectifs.

Nom : Sandra Vachon et Karine Trépanier, agrément Isabelle Rioux, accréditation et assurance salaire	Date : 13 mai 2015 27 avril 2015

[1] Résultats en date du 31 mars 2014
[2] Résultats en date du 31 mars 2015
[3] Résultat de la période 12 en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web
[4] Résultat de la période 12 en date du 12 mai 2015 provenant de T-Big Web

ANNEXE A : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec lors de son assemblée du 18 juin 2003.

SECTION 1 - PRÉAMBULE

Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

Il se veut respectueux des principes et règles édictés par le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics décrété en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, ainsi que des dispositions pertinentes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le code doit informer les membres du conseil des obligations prévues aux différentes lois et règlements. Cette contrainte impose un certain calque de ces dispositions incontournables tout en les explicitant et illustrant en fonction du contexte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et des fonctions de ses administrateurs.
Les administrateurs placés devant un dilemme d'éthique peuvent bénéficier d'un service de support-conseil auprès du répondant de l'Agence de la santé et des services sociaux sur ces questions.

SECTION 2 - BUT, OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

2.1 Le présent code a pour but de préserver et renforcer la confiance des citoyennes et citoyens des régions du Centre-du-Québec et de la Mauricie dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux, de favoriser la transparence, de responsabiliser les administrateurs, ainsi que de maintenir un haut niveau de qualité des services de santé et des services sociaux.

2.2 Conformément à l'article 35 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le présent code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

2.3 Les principes d'éthique, devant servir de guide aux administrateurs afin de les aider à juger de la justesse de leurs comportements dans l'exercice de leur fonction, tiennent compte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux, des valeurs qui sous-tendent son action ainsi que de ses principes généraux de gestion.

2.4 Les règles de déontologie font état des devoirs, obligations et responsabilités des administrateurs.

SECTION 3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 Les administrateurs, selon les statuts qui leurs sont propres, doivent dans l'exercice de leurs fonctions, respecter l'ensemble des principes d'éthique et des règles de déontologie qui leur sont applicables selon ces différents statuts.

3.2 En cas de divergence entre le présent code et les dispositions de la loi, du règlement ou d'autres codes d'éthique et de déontologie applicables à l'administrateur, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent. En cas de doute, l'administrateur doit agir selon l'esprit de ces principes et règles.
3.3 L'administrateur ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.
3.4 L'administrateur qui, à la demande de l'Agence de la santé et des services sociaux, exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre, est tenu aux mêmes obligations.
3.5 La présidence du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil.
3.6 L'Agence de la santé et des services sociaux doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des informations fournies par les administrateurs en application du présent code.

SECTION 4 - PRINCIPES D'ÉTHIQUE

4.1 L'administrateur est désigné pour contribuer, dans le cadre de son mandat, à la réalisation de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens.
4.2 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés et dans le respect du droit, avec soin, prudence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable.
4.3 La contribution de l'administrateur se fait avec honnêteté, loyauté, diligence, efficacité, assiduité et équité, dans l'intérêt de l'Agence de la santé et des services sociaux et de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
4.4 L'administrateur fait fi de toute pression ou influence indue dans l'exercice de ses fonctions.
4.5 L'administrateur témoigne d'un constant souci du respect du droit des personnes aux services de santé et aux services sociaux.
4.6 L'administrateur centre ses décisions et ses actions sur les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
4.7 L'administrateur veille à ce que l'organisation et la gestion du système régional de santé et de services sociaux assurent des services accessibles, intégrés et de qualité, tout en tenant compte des particularités régionales et des ressources disponibles, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.
4.8 L'administrateur reconnaît que le fait d'être membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il ne peut laisser entendre le contraire.
4.9 L'administrateur s'abstient de toute forme de discrimination.

SECTION 5 - RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RELATIVES AUX TRAVAUX ET RÉUNIONS DU CONSEIL

L'administrateur doit :

5.1 Se préparer adéquatement et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre.
5.2 S'assurer que les données pertinentes et les enjeux reliés à la prise de décision lui sont fournis.
5.3 S'assurer qu'il dispose de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause.
5.4 S'assurer d'un suivi des décisions du conseil.
5.5 Se contraindre à la discrétion sur ce dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.
5.6 Respecter à tout moment le caractère confidentiel des débats, échanges et discussions, ainsi que celui des informations écrites et verbales reçues.
5.7 Assister aux réunions du conseil et signifier son absence en cas d'empêchement.
5.8 Respecter les règles régissant la procédure des réunions du conseil, reconnaître l'autorité de la présidence et la souveraineté de l'assemblée.

5.9 Participer aux travaux dans un esprit de concertation, poser, le cas échéant, les questions nécessaires à sa bonne compréhension, exprimer son opinion, chercher à influencer et accepter d'être influencé par l'opinion de ses collègues.
5.10 Conserver une attitude de respect et de dignité face aux différents publics.
5.11 Préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
5.12 Traiter toute personne avec courtoisie et respect.
5.13 Ne jamais porter atteinte à la vie privée d'une personne.
5.14 Éviter de tenir des propos susceptibles d'entacher la réputation d'une personne.
5.15 Être loyal et honnête envers ses collègues et le personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux et maintenir des relations empreintes de bonne foi. En conséquence :
- respecter leurs droits et privilèges;
- reconnaître leur probité;
- ne jamais se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
- demander le huis clos avant d'exprimer un doute sur leur intégrité et bonne foi.

5.16 Attendre le moment du débat pour exprimer son opinion.
5.17 Voter lorsque requis ou signifier son abstention.
5.18 Éviter de se substituer aux porte-parole officiels de l'Agence de la santé et des services sociaux et transmettre fidèlement, le cas échéant, les orientations générales de l'Agence et s'abstenir de tout commentaire susceptible de porter atteinte à sa réputation.

B) RELATIVES À LA PARTISANERIE

5.19 L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.
5.20 La présidence et la présidence-direction générale doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.
5.21 L'administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président.
5.22 La présidence et la présidence-direction générale doivent informer le secrétaire général du conseil exécutif de leur intention de présenter leur candidature à une charge publique élective.
5.23 La présidence et la présidence-direction générale doivent se démettre de leurs fonctions s'ils veulent se porter candidat à une charge publique élective.

C) RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'administrateur doit :
5.24 Faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel, et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme ayant proposé sa candidature pour fin de désignation au conseil.
5.25 Dénoncer par écrit au président du conseil tout intérêt, direct ou indirect, actuel ou éventuel, dans un organisme, une entreprise ou une association qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux.
5.26 S'abstenir, le cas échéant, de siéger et de participer à toute délibération ou décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt personnel et se retirer pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question. Conformément à l'article 5.24 du présent code, l'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait que le proposeur de sa candidature soit concerné par la question.
5.27 S'abstenir, dans le cas de la présidence-direction générale, d'avoir un intérêt direct ou indirect mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux et, si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, y renoncer ou en disposer avec diligence.
5.28 Organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.
5.29 Dissocier de l'exercice de ses fonctions, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
5.30 Éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.
5.31 S'abstenir d'utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.32 S'abstenir ni tenter de prendre connaissance d'une information confidentielle de l'Agence de la santé et des services sociaux qui n'est pas requise dans l'exercice de ses fonctions.
5.33 Éviter de confondre les biens de l'Agence de la santé et des services sociaux avec les siens et de les utiliser à son profit ou au profit de tiers.
5.34 Refuser toute rémunération ou indemnisation non prévue pour l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
5.35 Refuser tout cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui ne serait pas d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.
5.36 S'abstenir d'accorder, solliciter, exiger ou accepter, directement ou indirectement, une faveur, un avantage ou considération indue pour lui-même ou pour un tiers.
5.37 Éviter, dans la prise de ses décisions, de se laisser influencer par des offres d'emploi.

D) RELATIVES À L'APRÈS-MANDAT

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit :

5.38 Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au sein du conseil de l'Agence de la santé et des services sociaux.
5.39 Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
5.40 S'abstenir de donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence de la santé et des services sociaux, un établissement ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.
5.41 S'abstenir, dans l'année qui suit la fin de son mandat, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence de la santé et des services sociaux fait partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

SECTION 6 - PROCESSUS D'EXAMEN ET DE SANCTIONS

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou toute autre disposition prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut être sanctionné.
6.2 Tout administrateur qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code doit en saisir le président du conseil ou le vice-président, si le président est en cause.
6.3 Si le président du conseil, ou le vice-président, arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement ou omission, il doit en informer sans délai le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles du chapitre du Règlement relatif au processus disciplinaire.
6.4 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.
6.5 L'administrateur éventuellement informé qu'une enquête est tenue à son sujet doit s'abstenir de communiquer, directement ou indirectement, avec la personne qui aurait demandé la tenue de l'enquête.
6.6 L'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans le cas présumé de faute grave.
6.7 L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

SECTION 7 - IMMUNITÉ

Ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi, les personnes qui dénoncent un manquement ou une omission relative au présent code.

SECTION 8 - DIFFUSION DU CODE ET INFORMATION DU PUBLIC

8.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

8.2 L'Agence de la santé et des services sociaux doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.

8.3 Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux doit faire état pour l'année écoulée :

- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- du nombre et de la nature des manquements constatés;
- des décisions et sanctions imposées;
- du nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

SECTION 9 - MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

9.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit fournir un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à chacun des membres du conseil d'administration et lui en expliquer la teneur.

9.2 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe A.

9.3 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit remplir, signer et remettre la déclaration d'intérêt et doit amender cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION 10 - MODALITÉS TRANSITOIRES

Dans les trente jours de l'adoption du présent code, les membres du conseil d'administration doivent remplir et signer l'ensemble des annexes prévues.

UNIS
dans TOUS les
SENS

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec

Québec

CENTRE ADMINISTRATIF
550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU
350, rue St-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443